

**ANNALES**  
**DE**  
**DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE**

---

3<sup>e</sup> SÉRIE. — T. VIII

---

IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE

---

# ANNALES

DE

## DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

---

### TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

**ERNEST BESNIER**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.  
Membre de l'Académie de médecine.

**A. DOYON**

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.  
Correspondant de l'Académie de médecine.

**BROCQ**

Médecin des Hôpitaux.

**A. FOURNIER**

Professeur à la Faculté de médecine.  
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

**HALLOPEAU**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.  
Membre de l'Académie de médecine.

**G. THIBIERGE**

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

---

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARBE, BARTHÉLEMY, BROUSSE  
CORDIER, J. DARIER, W. DUBREUILH, DU CASTEL  
ÉRAUD, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME  
L. JULLIEN, L. LÉPILÉUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN  
MOREL-LAVALLÉE, L. PERRIN, PORTALIER  
PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT, J. RENAULT  
R. SABOURAUD, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

---

**D<sup>r</sup> G. THIBIERGE**

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

---

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

---

TOME VIII. — 1897

---

PARIS

MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT GERMAIN

---

MDCCKCVII





# ANNALES

DE

## DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

### TRAVAUX ORIGINAUX

#### DES ANÉVRYSMES

#### DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA SYPHILIS

Par **G. Étienne**,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Dans cette étude du rôle de la syphilis dans la genèse des anévrysmes, nous étudierons trois points principaux :

- I. — L'anévrysme peut-il dériver de la syphilis ?
- II. — L'anévrysme dérivant de la syphilis se différencie-t-il par quelques caractères de l'anévrysme non syphilitique ?
- III. — L'anévrysme dérivant de la syphilis est-il de nature syphilitique, ou simplement d'origine syphilitique ?

#### I

#### L'anévrysme peut-il dériver de la syphilis ?

Indiqué pour la première fois par Lancisi, puis affirmé de nouveau par Welsh, le rôle de la syphilis dans l'étiologie des anévrysmes fut nié d'abord par Broca, par Powell et Gull ; puis cette question fut négligée et tomba dans l'oubli ; remarquons cependant que dans les observations anglaises, nous avons vu beaucoup plus fréquemment rechercher les antécédents spécifiques que dans les observations recueillies dans les autres pays.

Cependant quelques cas furent signalés, épars, et MM. Jaccoud, Spillmann, Lécorché et Talamon, Legendre, Malmsten, Dieulafoy, Verdié, reprirent cette étude.

Actuellement, on tend de plus en plus à admettre l'importance de ce facteur, et si Lancereaux (1), l'acceptant quand il s'agit des anévrysmes des artères cérébrales, la nie pour les autres, M. le professeur Fournier (2), l'un des premiers, dès 1879, déclarait que « la syphilis doit assurément prendre place dans l'étiologie des anévrysmes, mais dans une proportion numérique qui reste à déterminer ». Parmi les chirurgiens, qui ont assez fréquemment l'occasion d'observer des anévrysmes, mais qui, malheureusement, ont beaucoup négligé la recherche des antécédents, Kirrnisson (3) affirmait que « nous ne devons plus regarder les anévrysmes spontanés comme des dilata-tions accidentelles des gros vaisseaux, mais bien comme l'expression symptomatique d'altérations constantes du système artériel dont l'alcoolisme et la syphilis sont les facteurs principaux ».

Pour l'étude historique de cette question, nous renvoyons à la thèse de Verdié (4), et à l'excellente Revue générale de Thibierge (5), à laquelle nous ferons de nombreux emprunts.

Pour répondre à la question posée en tête de ce chapitre, nous allons étudier les points suivants :

#### 1) DEGRÉ DE FRÉQUENCE DE LA SYPHILIS DANS LES ANTÉCÉDENTS DES MALADES ATTEINTS D'ANÉVRYSMES.

La première question à se poser est celle-ci :

*Dans quelle proportion trouve-t-on la syphilis dans les antécédents personnels des malades atteints d'anévrysmes ?* Si la proportion est élevée, il apparaîtra avec évidence que la rencontre de la syphilis avec les anévrysmes n'est pas le résultat d'une simple coïncidence due au hasard, mais qu'au contraire on doit attribuer à la première un rôle dans la genèse des seconds, qu'il y a rapport de cause à effet.

Dans ce but, nous avons relevé environ 2,000 observations d'anévrysmes recueillies dans un grand nombre de thèses, dans les Bulletins de la Société anatomique, les Mémoires de la Société de chirurgie et dans de nombreux périodiques français et étrangers.

Nous ajoutons huit cas inédits.

Malheureusement, un petit nombre de ces observations peut être utilisé, les anévrysmes étant rapportés comme trouvailles d'autopsie, ou bien les cas étant étudiés surtout au point de vue de l'in-

(1) LANCEREAUX. *Étiologie et pathogénie des anévrysmes*.

(2) FOURNIER. *Soc. méd. des hôpitaux*, 1879.

(3) KIRMISSON. *Société de chirurgie*, 1893, p. 673.

(4) VERDIÉ. *Des anévrysmes d'origine syphilitique*. Thèse de Paris, 1884-1885.

(5) THIBIERGE. Des lésions artérielles syphilitiques. *Gazette des hôpitaux*, 1889.

tervention chirurgicale, les notions étiologiques ou pathogéniques paraissant intéresser fort peu les auteurs.

De toutes ces observations, nous n'avons conservé que celles dans lesquelles la recherche des antécédents syphilitiques a été indiquée d'une façon formelle, quelle qu'en soit la forme. 240 seulement rentrent dans ces conditions :

133 intéressent l'aorte;

3	—	le tronc brachio-céphalique;
9	—	les carotides;
1	—	la vertébrale;
5	—	les sylviennes;
14	—	les cérébrales;
4	—	la sous-clavière;
1	—	la radiale;
2	—	l'iliaque interne;
10	—	l'iliaque externe;
18	—	la fémorale;
34	—	la poplitée;
1	—	la tibio-péronière;
2	—	les pédieuses;
1	—	les coronaires;
1	—	le tronc cœliaque;
1	—	l'artère pulmonaire.

Voici, résumés en tableau, les renseignements fournis par ces observations, en ce qui nous intéresse ici.

TABLEAU I. — Anévrysmes de l'aorte chez les syphilitiques.

N°	SEXES	AGE DE LA SYPHILIS	AGE DE LA SYPHILIS	AUTRES NOTIONS ÉTYMOLOGIQUES	PROFESIONS	LOCALISATIONS	PARTICULARITÉS	BIBLIOGRAPHIE
1	H	67	24 ans.	.....	.....	Aorte ascendante. Col- let sous-clavière.	Double.....	MARTIN DUBR. <i>Soc. anat.</i> , 1893.
2	H	56	16 ans.	.....	Journalier.	Crosse.....	Développement très ra- pide.....	BRAULT. <i>Soc. anat.</i> , 1890.
3	F	52	16 ans.	.....	.....	.....	.....	.....
4	H	49	.....	.....	.....	.....	.....	.....
5	H	49	27 ans.	.....	.....	.....	.....	.....
6	H	20 ans.	.....	.....	.....	.....	.....	.....
7	H	36	21 ans.	.....	Comptable.	Aorte ascendante, crosse et aorte descendante.	.....	.....
8	H	.....	.....	.....	.....	Aorte ascendante.....	.....	.....
9	H	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
10	..	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
11	H	46	20 ans.	.....	.....	.....	.....	.....
12	H	48	18 ans.	.....	Agent de police.	De l'origine à la bifur- cation.	.....	.....
13	H	61	31 ans.	.....	.....	Aorte ascendante.....	.....	.....
14	H	35	5 ans.	.....	.....	Crosse, Artère innomi- née.	.....	.....
15	F	22	3 ans.	.....	.....	Aorte ascendante et crosse. Anév. multi- ples des coronaires.	.....	.....
16	F	47	.....	.....	.....	.....	.....	.....
17	H	42	12 ans.	.....	.....	Crosse et aorte descen- dante.	.....	.....
18	H	40	9 ans.	.....	.....	.....	.....	.....
19	H	36	10 ans.	.....	.....	.....	.....	.....
20	H	52	.....	.....	.....	.....	.....	.....
21	H	36	10 ans.	.....	.....	.....	.....	.....
22	H	52	.....	.....	.....	.....	.....	.....

[illegible]

N°	SEXE	AGE DE LA SYPHILIS	AGE	AUTRES NOTIONS ÉTYMOLOGIQUES	PROFSSIONS	LOCALISATIONS	PARTICULARITÉS	BIBLIOGRAPHIE
48	H	50	18 ans.	Paludisme.	.....	Crosse.	.....	ERED. <i>Th. Montpellier</i> , 1886.
49	H	53	20 ans.	.....	.....	Id.	.....	DUIARDIN - BEAUMEZ. <i>Bull. Thérapie</i> , 1880.
50	H	..	.....	.....	.....	2 anévrysmes. Crosse.	Syphilome du pariétal,	RUELL, BUSCH et KÖSTER.
51	F	45	18 ans.	.....	.....	.....	foie, testicule, verge.	<i>Berlin. M. Woch.</i> , 1881.
52	H	49	31 ans.	.....	.....	.....	Syphilis non traitée, mé-	JACCOUD. <i>Séminaire méd.</i> , 1887,
53	H	30	7 ans.	.....	.....	.....	connue. Perforation de	p. 9.
54	H	37	16 ans.	.....	.....	.....	la voute palatine.	Inédite, Observ. V.
55	H	44	env. 20 ans.	.....	.....	.....	Très amélioré par traite-	ment spécifique.
56	H	36	5 ans.	.....	.....	.....	Id.	Inédite, Observ. III.
57	H	57	32 ans.	.....	.....	Origine du tronc bra-	.....	Botssier. <i>Soc. anat.</i> , 1875.
58	H	45	16 ans.	Alcoolisme.	.....	chio-céphalique.	.....	SAVARD. <i>Soc. anat.</i> , 1879.
59	F	52	16 ans.	.....	.....	Crosse.	Cicatrices de lésions syphi-	GUINARD. <i>Soc. anat.</i> , 1882.
60	..	..	5 ans.	Alcoolisme.	.....	Crosse.	litiques.	.....
61	..	..	5 ans.	Alcoolisme.	.....	Aorte abdominale.	Tabétique.	CHAUFFARD. <i>Soc. anat.</i> , 1882.
62	..	45	.....	.....	.....	Crosse.	.....	RAYMOND. <i>Soc. anat.</i> , 1887.
63	H	48	20 ans.	Alcoolisme.	.....	Id.	.....	LIVRING, <i>Lancet</i> , 1875, t. II,
64	H	37	.....	Alcoolisme.	.....	Aorte et artères inno-	.....	p. 207.
65	H	29	7 ans.	.....	.....	minées.	.....	BARLOW. <i>Lancet</i> , 1875, t. II.
66	H	48	18 ans.	.....	.....	Gardien de bureau.	Rupia et accidents syphi-	ROBINSON. <i>Lancet</i> , 1875, t. II,
67	H	49	.....	.....	.....	Vétérinaire milit.	litiques graves.	p. 534.
68	H	36	dans la jeunesse.	Alcoolisme.	.....	Aorte et artères inno-	.....	ESSOR. <i>Lancet</i> , 1876, p. 8.
69	H	32	5 ans.	Alcoolisme.	.....	minées.	.....	ANDERSON. <i>Lancet</i> , 1893, I.
70	H	61	.....	Alcoolisme.	.....	Aorte abdominale.	Gonnes et orchites syphi-	KELBURNE KING. <i>Lancet</i> , 1878,
71	H	49	.....	Alcoolisme.	.....	Arc et tronc.	litiques.	I, 823.
72	H	44	18 ans.	Alcoolisme.	.....	.....	.....	LAVERAN. <i>Soc. méd. hôp.</i> , 1877,
73	H	44	18 ans.	Alcoolisme.	.....	.....	.....	p. 245.
74	H	44	18 ans.	Alcoolisme.	.....	.....	.....	VALLIN. <i>Soc. méd. hôp.</i> , 1879,
75	H	44	18 ans.	Alcoolisme.	.....	.....	.....	p. 59.
76	H	44	18 ans.	Alcoolisme.	.....	.....	.....	ANDERSON, cité par Jaccoud.
77	H	44	18 ans.	Alcoolisme.	.....	.....	.....	<i>Clinique</i> , 1886.
78	H	44	18 ans.	Alcoolisme.	.....	.....	.....	DURAND. <i>Lyon médical</i> , 1883.
79	H	44	18 ans.	Alcoolisme.	.....	.....	.....	LUNN. <i>Soc. roy. méd. Londres</i>
80	H	44	18 ans.	Alcoolisme.	.....	.....	.....	et <i>Brit. med. Journ.</i> , 1883.
81	H	44	18 ans.	Alcoolisme.	.....	.....	.....	HAMPELN (1). — <i>Berliner klin.</i>
82	H	44	18 ans.	Alcoolisme.	.....	.....	.....	<i>Wochens.</i> , 1894.
83	H	44	18 ans.	Alcoolisme.	.....	.....	.....	Id.
84	H	44	18 ans.	Alcoolisme.	.....	.....	.....	Id.
85	H	44	18 ans.	Alcoolisme.	.....	.....	.....	Id.

70	H	61			Arc et tronc	Emorionne symptomatique	LUNN. Soc. roy. méd. Londres et Brit. med. Journ., 1883. HAMPDEN (J). — Berliner klin. Wochen., 1894.
73 H	44	18 ans.			Aorte descendante.		Id.
74 H	44	18 ans.			Aorte descendante.		Id.
75 H	40	-2					Id.
76 F	40						Id.
77 F	58						Id.
78 F	40				Arc.		Id.
79 H	52						Id.
80 H	43				Arc.		Id.
81 H	35				Aorte descendante.		Id.
82 H	40				Arc.		Id.
83 H	38				Id.	Tabétique.	Id.
84 H	37	7 ans.			Id.		Id.
85							Id.
86							Id.
87							Id.
88							Id.
89							Id.
90							Id.
91							Id.
92					Crosse.	Femme d'un tabétique.	Id.
93 H	40						
94 H	41				Ni alcool, ni traumat., ni efforts.		LEYDEN. Zeitschr. f. klin. Med., XI, p. 112, interprétation de Hampehn. FRANTZEL. Charité Annalen, XVI, p. 393.

TABLEAU II. — Anévrysmes des artères carotides chez des syphilitiques.

N°	SEXE	AGE	AGE DE LA SYPHILIS	AUTRES NOTIONS ÉTIOLOGIQUES	PROFESSION	LOCALISATIONS	PARTICULARITÉS	BIBLIOGRAPHIE
95	F	51	Plus de 20 ans.		Infirmier.	Carotide droite ; céré- brale.	Nécroses	STEENBERG, cité par SPILLMANN.
96	H	30				Carotide à sa bifurca- tion	P. G.	RUSSEL, cité par SPILLMANN.
97	F	30				Carotide syvienne G.	Gomme cutanée, artérielle.	LANCIBREAU, cité par SPILL- MANN.
98				F. typhoïde dix mois auparavant.		Carotide G.		BRAULT.
99	H							



TABLEAU III. — Anévrysme des artères cérébrales chez des syphilitiques.

N°	SEXE	ÂGE DE LA SYPHILIS	ÂGE DE LA SYPHILIS	ALTRES NOTIONS ÉTIOLOGIQUES	PROFESIONS	LOCALISATIONS	PARTICULARITÉS	BIBLIOGRAPHIE
100	H	47		Alcoolisme.....	Ébéniste.....	Origine céréb. moyenne.	.....	JAYLE. <i>Soc. anat.</i>
101	H	42		.....	.....	Basilaire.....	.....	BLACHEZ. <i>Soc. anat.</i> , 1862.
102	H	27		.....	.....	Basilaire, Cérébrale moyenne.	Double.....	RUSSEL. <i>Brit. med. journ.</i> , 1870.
103	F	44	22 ans.	.....	.....	Sylvienne droite.....	.....	CHAUVET. <i>Th. agrégation</i> , 1878.
104	H	50		.....	.....	Vérébrale. Basilaire. Cérébrale aut. droite. Cérébr. moyenne gauche.	.....	RUSSEL. <i>Journ. of med. et Sc.</i> , 1878.
105	H	30		.....	.....	Art. basilaire, 3 dilatations. Bifurcation ca-rotide gauche. 4 petits anévrysmes sur la cérébrale moyen gauche.	.....	RUSSEL. <i>Id.</i>
106	F	47	3 ans.	.....	.....	Art. basilaire, cérébrale droit.	.....	MACLEOD. <i>Th. Verdier</i> , 1884-85.
107	H	42		.....	Officier.....	Basilaire.....	.....	LANCEREAUX, cité par SPILLMANN.
108			Syphilis de 5 ans, non traitée	.....	.....	.....	.....	JACKSON. <i>Id.</i>
109	H	27	11 mois.	.....	.....	Carotide interne et sylvienne.	.....	SPILLMANN. <i>Annales dermatol.</i> , 1884.
109 bis				Pas d'alcool.....	.....	2 dilatations sur les sylvienne.	Accidents secondaires.....	LANCEREAUX, cité par FOURNIER. <i>Syphilis du cer.</i> , p. 68.
110	F	44		.....	.....	Sylvienne gauche.....	.....	MULLER, cité par SPILLMANN.
111	F	58		.....	.....	Sylvienne droit.....	.....	SKWORTZOFF. <i>Id.</i>
112	F	44	24 ans.	.....	.....	Sylvienne gauche.....	.....	LANCEREAUX. <i>Id.</i>
113	F	40		.....	.....	Sylvienne gauche.....	.....	DEULAFROY. <i>Syphilis cérébral.</i> <i>Gazette hebdomadaire</i> , 1892.

TABLEAU IV. — Anévrysme du tronc brachio-céphalique chez des syphilitiques.

N°	SEXE	ÂGE DE LA SYPHILIS	ÂGE DE LA SYPHILIS	AUTRES NOTIONS ÉTIOLOGIQUES	PROFESIONS	PARTICULARITÉS	BIBLIOGRAPHIE
114	H	41				Hyperostose des jambes.....	LEDENTU. <i>Soc. chirurgie</i> , 1891.
115	F	40			Médecin.....		FR. FRANCE. In <i>Th. Dermosif.</i> Paris, 1894-95.
N°	SEXE	ÂGE	ÂGE	SOCIALISATION	BIBLIOGRAPHIE		



N°	SEX	AGE	LOCALISATION	BIBLIOGRAPHIE	
				LA SYPHILIS	Autres
114 H 44					Hyperostose des jambes.....
115 H 45					Médecin.....
117 H 37			Gauche.....		VALLADON, <i>Soc. chirurg.</i> , 1889.
118 H 37			Id.....		THOMAS SCHMITT, In <i>Ann. Th. Bordeaux</i> , 1894.
119 H 39					A. MATHIEU, cité p. Thibierge. <i>Gaz. hôp.</i> , 1889, p. 101.

TABLEAU VI. — Anévrysme de l'artère radiale chez des syphilitiques.

N°	SEX	AGE	AGE DE LA SYPHILIS	PARTICULARITÉS	BIBLIOGRAPHIE
120 H 35				Guéri par traitement syphilitique...	DIEULAFOY, Syphilis cérébrale, <i>Gaz. heb.</i> , 1892.

TABLEAU VII. — Anévrysme de l'artère iliaque externe chez des syphilitiques.

N°	SEX	AGE	AGE DE LA SYPHILIS	AUTRES NOTIONS ÉTIOLOGIQUES	LOCALISATION.	BIBLIOGRAPHIE
121 H 35						REYNAUD, <i>Gazette méd.</i> , 1857.
122 H 38			6 ans.			KIRMISSON, 1884.
123 H 28						Id.
124				Alcoolisme.		ERICHSEN, cité p. KIRMISSON, 1884.
125				Goutte.		Id.
126				Alcoolisme.		QUENU, <i>Soc. chirurgie</i> , 1893.
128 H 30				Rhumat. 3 1/2 avant.	Iliaque externe droite, fémorale G. (double).	MAKINS, <i>Lancet</i> , 1892, II, 1328.
					Céphalée très intense, peut-être par périostites, non traitée.	

TABLEAU VIII. — Anévrysme de l'artère iliaque interne chez des syphilitiques.

NUMÉRO	SEX	AGE	AGE DE LA SYPHILIS	BIBLIOGRAPHIE
129	H	39	Douzaine d'années.....	CROFT, <i>Brit. Med. Journal</i> , 1880, t. II.

TABLEAU IX. — Anévrysme de l'artère tibio-péronière chez des syphilitiques.

NUMÉRO	ÂGE DE LA SYPHILIS	BIBLIOGRAPHIE
131	20 ans	FAMBERTOIS, <i>Th. de Vézès</i> , Paris, 1890.

TABLEAU X. — Anévrysmes de l'artère poplitée chez les syphilitiques.

N°	SEXE	ÂGE	ÂGE DE LA SYPHILIS	AUTRES NOTIONS ÉTIOLOGIQUES	PROFESIONS	PARTICULARITÉS	BIBLIOGRAPHIE
132	H.	43	12 ans.	.....	.....	.....	HEATH. <i>Lancet</i> , 1894, 440.
133	H.	61	20 ans.	.....	.....	.....	CROFT. <i>Lancet</i> , 1878, I, 49.
134	H.	49	.....	Rhumatismes.	.....	.....	BARWELL. <i>Lancet</i> , 1878, X, 183.
135	H.	33	13 ans.	F. intermittente.	.....	Poplitée guérie par K.I. et plus tard A. brachio-céphalique. Périostoses du radius gauche, clavicule, sternum.	CROFT. <i>Brit. med. Journ.</i> , 1880, t. II.
136	H.	34	7 ans.	.....	Militaire.	.....	CRUVEILHIER. <i>Soc. Thérap.</i> , 1877.
137	H.	30	.....	Variole.	.....	.....	TOLEDANO. <i>Th. P.</i> , 1877.
138	H.	47	23 ans.	.....	.....	.....	LAPLACE. <i>Th. P.</i> , 1880.
139	H.	54	.....	Alcoolisme.	Cocher.	.....	Id.
140	H.	32	8 ans.	Paludisme.	.....	.....	Id.
141	H.	40	15 ans.	.....	.....	.....	MAC CORMAC. <i>Lancet</i> , 1874, p. 866.
142	H.	40	20 ans.	.....	.....	.....	ROUX. <i>Lancet</i> , 1874, p. 870.
143	H.	.....	1 <sup>re</sup> jeunesse.	.....	.....	.....	TYRRELL. <i>Lancet</i> , 1877, p. 341.
144	H.	48	4 ans.	.....	.....	.....	SCHMITT. <i>Lancet</i> , 1879, II, p. 121.
145	H.	60	.....	.....	.....	.....	WEISS. <i>Revue méd. de l'Est</i> .
146	H.	25	.....	.....	.....	.....	NEWETSON. <i>Lancet</i> , 1879, II, 81.
147	H.	74	.....	.....	.....	.....	KIRKINSON. <i>Th. Annis Bord.</i> , 1894.
148	H.	30	Quelq. années	.....	.....	.....	HUTCHINSON JUNIOR. <i>Médecine moderne</i> , 1895, p. 693.
149	H.	28	.....	.....	.....	.....	STAMOR O'GRADY. <i>Dublin Journ. of med. sci.</i> , 1875.
150	H.	40	11 ans.	.....	.....	Art. poplitée; puis plus tard : aorte et tronc brachio-céphalique.	HEIBERG. <i>Norsk Magaz. f. Lægevid.</i> Bd. 2, Bd. 8.

STAMOR O'GRADY. *Dublin Journ. of med. sc.*, 1875.  
H. BARNES. *Norsk Magas. f. Lægevid.*  
Rd. 2, Bd. 8.

Art. poplitée; puis plus tard :  
sorte et tronc brachio-céphali-  
que.

150

H. 40

11 ans.

N°	SEXE	AGE	AGE DE LA SYPHILIS	AUTRES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES	PROFSSIONS	PARTICULARITÉS	BIBLIOGRAPHIE
151	H.	24	1 an.			Iritis 1 mois auparavant, sans traitement.	MAZZONI. <i>Gaz. hebdom. di Roma</i> , 1882.
152	H.	56	27 ans.			Simultanément : Syphilides tuberculo-ulcéreuses des jambes, guéries par le traitement.	FOURNIER et G. BROUARDEL. <i>Soc. Syphil.</i> , 14 mai 1896.
153	H.	27	7 ans.				SOWTELLI. <i>N.-York. med. Journ.</i> , 1895.
154	H.	50				Fémorale, iliaque et autres petites anévrismes.	CAYLEY. <i>Soc. path. Londres</i> , 1868.
155	H.	36	13 ans.				COMBALAT. <i>Soc. chirurg.</i> , 1881.
156	H.	25	8 ans.				SAWTELLI. <i>N.-York. med. Journ.</i> , 1836.
157				F. intermittente, pneumonie.			ELLIOT. <i>Lancet</i> , 1875, II, 412.
158	H.	15					PORTIER. <i>Lancet</i> , 1873, I, 339.
159	H.	39				Lésions viscérales de syphilis.	TH. WRIGHT. <i>Lancet</i> , 1877, p. 163.
160	H.	35	11 ans.			Double, fémorale et poplitée.	DIVER. <i>Lancet</i> , 1874, I, 509.
161	H.				Officier d'artillerie.		SCHMITT. <i>Lancet</i> , 1874, 1872.
162	H.	47	15 ans.			Traitement insignifiant.	Insérite. <i>Observ. I.</i>

TABLEAU XII. — Anévrismes divers chez des syphilitiques.

NUMÉRO	SEXE	AGE	AGE DE LA SYPHILIS	PARTICULARITÉS	LOCALISATION	BIBLIOGRAPHIE
163	H	30				CARPENTER. <i>Th. Med. Journ.</i> , 1882.
164	H	50	7 ans.	Gommes multiples concomitantes.	2 vertébrales, 20 anévrismes miliaires.	BAIZER.
165	H	34	7 ans.		Tronc coelhaque.	HABERSHON. <i>Guy's hosp. Reports</i> , 1871.

TABLEAU XIII. — Anévrysmes de l'aorte chez des non-syphilitiques.

N°	SEXE	AGE	NOTIONS ÉTIOLOGIQUES	PROFESIONS	LOCALISATIONS	PARTICULARITÉS	BIBLIOGRAPHIE
166	F.	51	.....	Blanchisseuse.	Aorte descendante.	.....	SCHWAR. <i>Soc. anat.</i> , 1894.
167	H.	50	Alcoolisme.	.....	Crosse.	.....	TOULLEMER. <i>Id.</i> , 1893.
168	H.	61	.....	Charretier.	Aorte thoracique.	.....	FAURE-MULLER. <i>Id.</i> , 1891.
169	H.	53	Ni alcool, ni mal. général.	Matelassier.	Crosse.	.....	THIROLOIX. <i>Id.</i> , 1891.
170	H.	53	Choléra, fièvre intermitt.	Boulanger.	Crosse ascendante.	Double.	FOULALION. <i>Id.</i> , 1890.
171	H.	57	F. intermitt. ; pas alcool.	Journaler.	Crosse.	.....	TREKAKI. <i>Id.</i> , 1890.
172	H.	76	Pas d'alcoolisme.	Garçon de café.	Crosse.	Double.	FRAUT.
173	H.	42	Tubercul. ; pas d'alcool.	.....	Aorte ascendante.	Double.	MIRALLIÉ. <i>Id.</i> , 1892.
174	H.	48	.....	Menuisier.	Aorte sous-clavière	.....	DURANTE. <i>Id.</i> , 1890.
175	H.	59	.....	.....	gauche.	Double.	.....
176	H.	42	Ni syphilis, ni alcoolisme.	.....	Crosse.	.....	GUIGNON. <i>Thèse Paris</i> , 1892-93.
177	H.	46	Ni syphilis, ni alcoolisme.	Courtier en vins.	Aorte abdominale.	.....	RENDU et BUSCARLET. In <i>Do-</i>
178	H.	49	ni infection, ni goutte.	Serrurier.	Crosse.	.....	<i>nell.</i> Th. Paris 1890-91.
179	.....	.....	Ni syphilis, ni rhumatismes, ni paludisme.	.....	.....	.....	AUGUIER. Th. Paris, 1892.
180	H.	50	.....	.....	A. Thoracique.	.....	ENSOR. <i>Lancet</i> , 1875, p. 793.
181	H.	65	Alcoolisme, surmenage.	.....	A. descend.	.....	LÉCORCHÉ et TALAMON. <i>Étu-</i>
182	H.	56	.....	.....	A. ascend.	.....	<i>des maladies</i> , p. 152.
183	H.	38	.....	Jardinier.	A. ascend.	.....	SPILLMANN et HAUSALTER.
183a	H.	37	Petite vérole à 16 ans.	.....	Crosse.	.....	<i>Revue méd.</i> <i>Ext.</i> , 1889.
184	F.	38	.....	.....	A. ascend.	.....	HOW. <i>Marshall Th. Lancet</i> , 1887.
185	H.	48	.....	.....	Crosse.	.....	DRESCHFELD. <i>Revue méd.</i> , 1878.
186	F.	47	Ni syphilis, ni alcoolisme, ni rhumatisme.	.....	.....	.....	<i>Id.</i>
187	H.	42	Rhumatisme articulaire.	.....	Crosse.	.....	<i>Id.</i>
188	H.	38	Hérédité (père mort d'anévrysme).	Tourneur.	A. ascend.	.....	FR. FRANCE. <i>Th. Bermond</i> , p., 1884-85.
189	F.	47	Alcoolisme.	Marchand ambulant.	Crosse.	.....	DUJARDIN-BEAUMETZ. <i>Bull.</i>
190	F.	58	Fluxion de poitrine, dys-	Entrepreneur.	Crosse.	.....	<i>Thér.</i> , 1880.
191	H.	47	embolie fœtale et érysipèle.	Comptable.	A. ascend.	.....	GAUTIER. <i>Soc. anat.</i> , 1879.
192	H.	51	.....	.....	.....	Double.	DUBARD. <i>Id.</i> , 1879.
193	H.	51	.....	.....	.....	.....	PETIT. <i>Id.</i> , 1881.
194	H.	51	.....	.....	.....	.....	L. GUINON. <i>Id.</i> , 1886.
195	H.	50	.....	Comptable.	Crosse.	.....	.....
196	H.	50	.....	.....	Aorte descendante.	.....	.....
197	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
198	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
199	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
200	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
201	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
202	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
203	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
204	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
205	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
206	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
207	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
208	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
209	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
210	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
211	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
212	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
213	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
214	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
215	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
216	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
217	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
218	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
219	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
220	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
221	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
222	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
223	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
224	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
225	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
226	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
227	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
228	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
229	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
230	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
231	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
232	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
233	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
234	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
235	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
236	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
237	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
238	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
239	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
240	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
241	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
242	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
243	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
244	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
245	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
246	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
247	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
248	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
249	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
250	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
251	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
252	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
253	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
254	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
255	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
256	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
257	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
258	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
259	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
260	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
261	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
262	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
263	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
264	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
265	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
266	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
267	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
268	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
269	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
270	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
271	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
272	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
273	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
274	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
275	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
276	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
277	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
278	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
279	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
280	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
281	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
282	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
283	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
284	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
285	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
286	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
287	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
288	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
289	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
290	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
291	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
292	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
293	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
294	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
295	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
296	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
297	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
298	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
299	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....
300	H.	50	.....	.....	Crosse.	.....	.....

189	F.	47	Marchand ambulant.	Crosse.	Double.	DUBARD.	1879.
190	H.	58	Entrepreneur.	Crosse.	Double.	PETIT.	1881.
191	H.	47	Comptable.	A. ascend.	Double.	L. GUINON.	1886.
192	H.	51	Châtelier de savonnerie.	Aorte descendante.	Double.	BOYER & YASSET.	1875, II, 950.
193	H.	50	Comptable.	Crosse.	Double.	Obs. inédite.	
194	H.	43	Couturier.	Aorte thoracique.	Id.	Id.	
195	F.	55	Employé.	Id.	Id.	Id.	
196	H.	42	Gargon de salle.	Id.	Id.	Id.	
197	H.	42	Id.	Id.	Id.	Id.	
198	H.	42	Id.	Id.	Id.	Id.	
199	H.	42	Id.	Id.	Id.	Id.	
200	H.	56	Id.	Id.	Id.	Id.	
201	H.	56	Id.	Id.	Id.	Id.	
202	F.	32	Id.	Id.	Id.	Id.	
203	F.	54	Id.	Id.	Id.	Id.	
204	H.	40	Id.	Id.	Id.	Id.	
205	H.	40	Id.	Id.	Id.	Id.	
206	H.	40	Id.	Id.	Id.	Id.	
207	H.	40	Id.	Id.	Id.	Id.	
208	F.	40	Id.	Id.	Id.	Id.	

TABLEAU XIV. — Anévrysmes des artères carotides chez des non-syphilitiques.

N°	SEXE	AGE	NOTIONS ÉTIOLOGIQUES	LOCALISATIONS	BIBLIOGRAPHIE
209	F.	40	Alcoolisme.	Carotide.	HUTCHINSON.
210	H.	57	Aucune.	Carotide.	CAZIN. <i>Soc. chirurg.</i> , 1878.
211	F.	34	Aucune.	Carotide.	WHIT. <i>Lancet</i> , 1894, II, 913.
212	H.	jeune.	Aucune.	Carotide.	<i>Lancet</i> , 1894, II, 914.

TABLEAU XV. — Anévrysmes des artères cérébrales chez les non-syphilitiques.

N°	SEXE	AGE	NOTIONS ÉTIOLOGIQUES	LOCALISATION	BIBLIOGRAPHIE
213	.....	.....	Ni syphilis, ni endocardite.....	Communicante ant.....	CHAPMANN. <i>Lancet</i> , 1894, 1427.

TABLEAU XVI. — Anévrysme de l'artère sous-clavière chez des non-syphilitiques.

NUMÉROS	SEXE	ÂGE	BIBLIOGRAPHIE
214	H	43	HEATH. <i>Lancet</i> , 1877, p. 384.

TABLEAU XVII. — Anévrysmes de l'artère fémorale chez des non-syphilitiques.

N°	SEXE	ÂGE	NOTIONS ÉTIOLOGIQUES	BIBLIOGRAPHIE
215	H.	36	Pas d'alcoolisme	POINSOT. <i>Soc. chirurg.</i> , 1880.
216	H.	40	.....	CHAPUT. <i>Id.</i> , 1894.
217	H.	36	.....	HEATH. <i>Lancet</i> , 1875, p. 357.
218	H.	40	.....	CHOPIN. <i>Id.</i> , 1879.
219	H.	70	Ni syphilis, ni alcoolisme, ni rhumatisme ; f. typhoïde à 11 ans.	GUILLIET. <i>Congrès de chirurg.</i> , 1889.
220	H.	35	F. rhumat. 9 ans auparavant.	JOHN WOOD. <i>Lancet</i> , 1876, p. 713.

TABLEAU XVIII. — Anévrysmes de l'artère pédieuse chez des non syphilitiques.

N°	ÂGE	NOTIONS ÉTIOLOGIQUES	PROFESIONS	PARTICULARITÉS	BIBLIOGRAPHIE
221	71	Alcoolisme, variole, pas d'impaludisme.	Verrier.	Pédieuse G. ...	COMTE. <i>7A. Lyon</i> , 1885.
222	38	.....	.....	.....	POINSOT. <i>7A. Lyon</i> , 1880.
N°	SEXE	ÂGE	NOTIONS ÉTIOLOGIQUES	PARTICULARITÉS	BIBLIOGRAPHIE

N°	SEXE	AGE	NOTIONS ÉTIOLOGIQUES	PARTICULARITÉS	BIBLIOGRAPHIE
221 71			Alcoolisme, varié, pas d'impaludisme...	Verrier.	Comte. <i>Th. Lyon</i> , 1885.
222 33				Pédieuse G...	TOUSSAINT. <i>Th. Paris</i> , 1875.
223	F	43	.....	.....	CROFT. <i>Lancet</i> , 1878, I, 85.
224	H	35	.....	.....	J. LANE. <i>Lancet</i> , 1878, I, 681.
225	H	42	Léger degré d'alcoolisme.	.....	Comte. <i>Th. Lyon</i> , 1885.
226	H	41	Pas d'alcoolisme.	.....	EHMANN. <i>Soc. chirurg.</i> , 1889.
227	H	41	Alcoolisme.	.....	COMBATAT. <i>Soc. chirurg.</i> , 1881.
228	H	50	Pas d'alcoolisme.	.....	TRELAT. <i>Soc. chirurg.</i> , 1883.
229	F	...	Pas d'alcoolisme.	.....	HOLMES. <i>Lancet</i> , 1875, II, p. 797.
230	H	50	.....	.....	SMITH. <i>Lancet</i> , 1874, p. 47.
231	H	45	.....	.....	TH. SMITH. <i>Lancet</i> , 1877, p. 750.
232	H	39	Ni syphilis, ni alcoolisme.	.....	EHMANN. In <i>Audis. Th. Bord.</i> , 1894.
233	F	50	.....	.....	PEYROT. <i>Congrès chirurg.</i> , 1889.
234	H	57	.....	.....	JOH. HUTCHINSON. <i>Th. Lancet</i> , 1879, p. 9.
235	H	49	Pas d'alcoolisme, pas de syphilis.	.....	SCHWARTZ. <i>Soc. chirurg.</i> , 1895.
236	...	...	Pas de goutte.	.....	THOMAS SCHMIDT. <i>Lancet</i> , 1873, II, 43.
237	H	40	.....	En même temps A. aorte.	LITTLEWOOD. <i>Lancet</i> , 1894, 1143.

TABLEAU XX. — Anévrysmes de l'artère iliaque externe chez les non syphilitiques.

N°	SEXE	AGE	PARTICULARITÉS	BIBLIOGRAPHIE
238	H	24	En même temps A. brachial.	ROUX, cité par KIRMISSON, 1884.
239	H	33	Pas de signe de syph. héréditaire.	JESSOP. <i>Lancet</i> , 1894, p. 1142.

Anévrysmes de l'artère pulmonaire chez les non syphilitiques.

N°	SEXE	AGE	LOCALISATION	BIBLIOGRAPHIE
240	H	50	.....	<i>Am. Journ. of med. Sc.</i> , 1882.



Sur ces 240 cas d'anévrysmes, nous trouvons des indications formelles de syphilis 166 fois, c'est-à-dire dans une proportion exacte de 69/100, ou un peu plus des deux tiers.

Si, de cette statistique générale, nous isolons le groupe le plus important, celui des anévrysmes de l'aorte, le rapport ici est identiquement le même, 94/138 ou 69 p. 100.

Ces proportions sont sensiblement plus fortes que celle obtenue par Thibierge (1), 50 p. 100, sur 14 cas recueillis à la Société anatomique et rapportés pour la plupart dans notre statistique ; plus forte encore que celle de Fränkel (2) (9/19 ou 47 p. 100), que celle de Heiberg (3) qui trouve 41,87 p. 100, moyenne à laquelle se range Trier (4).

Par contre, elles sont inférieures à celles de la statistique de Malmsten (5) qui, dans les pays scandinaves, a trouvé 80 fois une syphilis certaine sur 101 cas d'anévrysmes, et à celle de Welch (6) ; cet auteur, en Angleterre, a recueilli 33 cas d'anévrysmes ; dans 17, la syphilis était certaine ; elle était probable, mais cependant douteuse chez 5 ; le rhumatisme et l'alcoolisme se rencontraient seuls dans 4 ; dans 7 cas, il n'y avait pas d'étiologie invoquée ; supprimons ces 7 derniers cas et les 5 cas probables mais douteux, il reste une proportion de 17/21, ou de 81 p. 100.

Enfin, si nous réunissons en un groupe déjà imposant nos 240 cas, les 101 cas de Malmsten, les 21 cas de Welch, et les 19 cas de Fränkel, nous trouvons une proportion générale de 265 cas d'anévrysmes chez des syphilitiques, pour un ensemble de 346 cas, soit une moyenne de 70 p. 100.

C'est là un minimum ; car, si la syphilis peut être considérée comme certaine chez nos 265 malades, il est au contraire infiniment probable qu'elle a échappé aux recherches chez plusieurs individus signalés comme non syphilitiques ; nous avons en effet fait rentrer dans cette catégorie tous les cas dans lesquels la vérole a été recherchée et dans lesquels la conclusion est négative ; plusieurs fois cette négative est peu concluante, ainsi par exemple dans l'observation 191, tableau XIII « aucun signe de syphilis ». Combien peu de syphili-

(1) THIBIERGE. Les lésions artérielles de la syphilis. *Gazette hôpit.*, 1889, p. 93.

(2) FRAENKEL. *Soc. de méd. de Berlin*, 21 février 1894.

NOTA. — Ce travail était terminé lorsque parut une nouvelle statistique de Fränkel donnant 11/30. (*Soc. méd. inter. de Berlin*, 19 octobre 1896) ; à la même séance, Klempner estime à 25 p. 100, le nombre d'anévrysmes d'origine syphilitique sur les 40 cas qu'il a observés.

(3) HEIBERG. *Congrès des naturalistes scandinaves*, 1893.

(4) TRIER. *Congrès des naturalistes scandinaves*, 1893.

(5) MALMSTEN. *Étude sur l'étiologie des anévrysmes de l'aorte*. Stockholm, 1888.

(6) WELCH. Aortic aneurism in the army. *Royal med. a. chir. Society*, Londres, 1875.



tiques, heureusement, conservent des stigmates de leur infection !

En outre, personne n'ignore la difficulté extrême de déceler la syphilis dans les antécédents, même à un examen approfondi, si l'on n'a pas, pour ainsi dire, la volonté préconçue de ne pas la laisser échapper ; il en sera probablement des statistiques relatives aux anévrysmes, comme de celles relatives au tabes, à la paralysie générale, dans lesquelles on a vu les proportions monter de 10 p. 100 à 75 et 90 p. 100, à mesure que l'attention était attirée sur ce facteur étiologique ; et dans ces maladies, actuellement encore, après un examen et un interrogatoire aussi minutieux que possible, la découverte de la syphilis est-elle due souvent au hasard ; à la clinique nous avons vu un tabétique (1) niant de bonne foi toute tare spécifique, n'en ayant conservé aucune trace, et pour lequel la réalité de l'infection, présumée en principe, n'a été mise en évidence que par la découverte d'accidents hérédosyphilitiques incontestables chez des enfants ; nous connaissons le cas d'un officier, atteint de paralysie générale au début, qui niait la syphilis avec la dernière énergie, lorsqu'un hasard extraordinaire amena au service le médecin militaire qui vingt ans auparavant avait traité son chancre.

En ce qui concerne les anévrysmes, nous ne voulons de cette difficulté d'autre preuve que le fait suivant : parmi nos quatre observations inédites d'anévrysmes chez des syphilitiques, pour deux d'entre elles, la preuve de la syphilis ne fut établie que tardivement ; pour une troisième, le malade, âgé de 49 ans, niait toute syphilis, et ce fut l'existence d'une très légère cicatrice balano-préputiale qui nous mit sur la trace d'un chancre contracté à l'âge de 18 ans et des accidents secondaires auxquels le malade n'avait attaché aucune attention, et dont le souvenir lui revint alors très précis.

Notre proportion de 70 p. 100, portant sur un ensemble de 376 cas, assez considérable pour éloigner l'hypothèse d'une série, paraît donc bien le minimum de fréquence de la syphilis dans les antécédents personnels des malades atteints d'anévrysmes.

Cette proportion est beaucoup trop considérable pour qu'on puisse penser qu'elle résulte d'une simple coïncidence ; et quand, sur 100 cas d'une maladie des artères, l'anévrysme dans le cas particulier, on trouve dans les antécédents 70 fois la même infection, quand on sait surtout que cette infection atteint fréquemment le système artériel, on est déjà en droit d'affirmer que cette infection, la syphilis, joue un rôle considérable dans la genèse des anévrysmes.

(1) SPILLMANN et ÉTIENNE. Syphilis héréditaire tardive, obs. IV. *Revue méd. de l'Est*, 1895.

## 2) DEGRÉ DE FRÉQUENCE DES ANÉVRYSMES CHEZ LES SYPHILITIQUES

C'est là ce que M. le professeur Fournier a très heureusement appelé l'*argument des syphiliographes*. Les syphiliographes constatent-ils souvent les anévrysmes chez leurs malades ? Les réponses à cette question sont encore très rares ; mais M. Fournier (1) déclare avoir vu, pour son compte, au moins une demi-douzaine d'anévrysmes de l'aorte chez des syphilitiques avérés.

## 3) DEGRÉ DE FRÉQUENCE DES ANÉVRYSMES CHEZ LES INDIVIDUS PEU EXPOSÉS A LA SYPHILIS

Ici encore, nous ne pouvons guère que poser la question, notre statistique étant muette à cet égard. Pendant longtemps, on a considéré la syphilis comme rare dans les campagnes, et la comparaison entre la fréquence d'une maladie chez les paysans et chez les habitants des villes pouvait fournir un bon argument qui nous échappe actuellement, les régions agricoles ayant été envahies à leur tour depuis vingt-cinq ans.

On sait que la paralysie générale est rare chez les ecclésiastiques, les religieux, les quakers, en un mot dans les milieux où la vérole est peu répandue ; au sujet de la fréquence des anévrysmes dans ce même milieu, tout renseignement nous fait défaut.

Par contre, la syphilis est notablement moins fréquente chez la femme que chez l'homme ; de même les anévrysmes sont beaucoup plus rares chez elles. Sur les 240 cas d'anévrysmes que nous avons recueillis, nous n'en trouvons que 27 dans le sexe féminin, soit 11 p. 100 ; et parmi elles, 20 sont manifestement syphilitiques, c'est-à-dire 75 p. 100.

Détail important, nous avons relevé la profession de 6 d'entre elles, parmi lesquelles nous trouvons deux prostituées et une infirmière, plus spécialement exposées à l'infection.

## 4) FRÉQUENCE RELATIVE DES AUTRES CAUSES POSSIBLES, COMPARÉE A LA FRÉQUENCE DE LA SYPHILIS

Parmi nos 240 cas d'anévrysmes, chez lesquels nous trouvons 166 fois la syphilis comme cause possible, *relevons-nous d'autres facteurs étiologiques indiqués dont l'importance, exprimée par la fréquence, puisse entrer en parallèle avec la vérole ?*

Voici nos chiffres :

(1) VERDIÉ. *Des anévrysmes d'origine syphilitique*. Th. Paris, 1884, p. 33.

Alcoolisme.....	28 fois
Paludisme.....	8 —
Scarlatine.....	1 —
Rhumatisme articulaire.....	7 —
Variole.....	2 —
Goutte.....	1 —
Pneumonie.....	2 —
Fièvre typhoïde.....	5 —
Dysenterie.....	1 —
Érysipèle.....	1 —

Ces divers facteurs étiologiques, même l'alcoolisme si fréquemment invoqué l'impaludisme, auquel Lancereaux attribue un rôle prédominant pour expliquer la fréquence des anévrysmes chez les Anglais, le rhumatisme articulaire (Ebed), etc., peuvent donc être considérés comme ayant une importance très secondaire auprès de celle qui nous intéresse plus particulièrement ici.

Il est très vraisemblable que des CAUSES DÉTERMINANTES viennent fixer le point qui offrira le moins de résistance à l'action de la cause prédisposante. Mais à ce point de vue, nos recherches ne nous ont rien montré de net, les observations étant à peu près muettes à cet égard.

Cependant, la grande fréquence de la localisation au niveau de l'aorte (133/244), et surtout au niveau de la crosse [44 cas sur 73 cas dans lesquels la localisation sur ce trajet aortique est nettement indiquée (1)], c'est-à-dire le vaisseau et le point de ce vaisseau où l'artère sanguine frappe les parois avec le maximum d'énergie, permet de penser que ce traumatisme répété, continu, n'est pas sans une grande importance. Rappelons pour mémoire que Welch attribue la fréquence de l'anévrysme de l'aorte dans l'armée anglaise à la syphilis favorisée par les vices d'un équipement serrant démesurément le thorax.

Au même point de vue, l'observation suivante est intéressante ; elle concerne un officier d'artillerie, ancien syphilitique, passant une partie de son existence à cheval, et qui fut atteint d'un anévrysme de l'artère fémorale.

OBSERVATION I. — *Syphilis de quinze ans. Anévrysme de l'artère fémorale* (2).

Officier d'artillerie, âgé de 49 ans ; syphilis datant de 15 ans, à manifestations secondaires bénignes et clairsemées (syphilides buccales et laryngées, alopecie) ; traitement hydrargyrique pendant 6 mois, puis trai-

(1) Les autres localisations étant : aorte ascendante, aorte abdominale.

(2) Communiquée par M. le Dr de Langenhagen.

tement ioduré ; aucun accident depuis lors. A eu cinq enfants sains et actuellement bien portants.

Le malade est un homme robuste, non artérioscléreux. Léger degré d'éthylisme.

En 1891, on constate l'existence d'un anévrisme très nettement caractérisé, siégeant sur le tronc de l'artère fémorale droite, un peu au-dessus de l'anneau des adducteurs. En février, la tumeur atteint le volume d'une mandarine ; elle s'accroît assez rapidement, atteignant les dimensions d'une orange, puis en mars, celle des deux poings. A ce moment, M. le professeur Heydenreich intervient, tentant d'abord la compression élastique, puis la ligature. En août, l'amputation de la cuisse est pratiquée à l'Hôpital militaire.

5) DEGRÉ DE FRÉQUENCE DE LA COEXISTENCE DES ANÉVRISMES ET DES ACCIDENTS SYPHILITIKES ACTUELS OU DES RELIQUATS INCONTESTABLES DE CES MANIFESTATIONS

Tibierge considère l'association de ces manifestations comme un argument des plus importants en faveur de l'origine des anévrismes ; il signale 7 cas. Sur les 240 observations que nous avons recueillies, nous avons relevé 28 fois (11 p. 100) l'existence simultanée de dilatation anévrysmale et de stigmates spécifiques.

En voici le résumé :

Anévrisme de l'aorte et gommès du foie, des testicules, de la verge, avec hyperostose du pariétal. [Observ. n° 50 de notre tableau I (Ruehl, Busch et Köster)].

Anévrisme de l'aorte et cicatrices de lésions. [Observ. 56 (Guinard)].

Anévrisme de l'aorte et gommès du myocarde. [Observ. 4 (Lorrain)].

Anévrisme de l'aorte et lésions des testicules. [Observ. 26 (Pietro Celoni)].

Anévrisme de l'aorte avec gommès et orchite. [Observ. 65 (Laveran)].

Anévrisme de l'aorte et exostoses du tibia (Blachez).

Anévrisme de l'aorte et exostoses du tibia. [Observ. 12 (Vallin)].

Anévrismes de l'aorte et exostoses multiples de la clavicule. [Observ. 16 (Lécorché et Talamon)].

Anévrisme de l'artère basilaire et de la cérébrale droite, et exostoses crâniennes. [Observ. 106 (Macleod)].

Anévrisme de l'artère basilaire et cicatrices de gommès du foie. [Observ. 101 (Blachez)].

Anévrisme de la carotide et nécroses multiples. [Observ. 95 (Steenberg)].

Anévrisme du tronc brachio-céphalique et hyperostoses des jambes. (Observ. 114 (Le Dentu)].

Anévrysme de la poplitée et périostoses du radius, de la clavicule et du sternum. [Observ. 135 (Croft)].

Anévrysme de l'iliaque externe et périostite crânienne très probable. [Observ. 127 (Makins)].

Anévrysme de l'aorte et perforation de la voûte du palais. [Observ. 51 (Jaccoud)].

Anévrysme de l'aorte et lésions destructives du nez et de la face. [Observ. 13 (Const. Paul)].

Anévrysme de l'aorte et gommes disséminées. [Observ. 14 (Nalty)].

Anévrysme des coronaires et gommes disséminées. [Observ. 138 (Balzer)].

Anévrysme de l'aorte et rupia. [Observ. 62 (Ensor)].

Anévrysme de la carotide interne et de la sylvienne et accidents secondaires. [Observ. 109. (Spillmann)].

Anévrysme de la carotide interne et de la sylvienne gauche avec gomme cutanée et artérite. [Observ. 97 (Lancereaux)].

Anévrysme de la fémorale et syphilides tuberculeuses ulcéreuses. [Observ. 152 (Fournier et Brouardel)].

Anévrysme de la fémorale et syphilis viscérale. [Observ. 159 (Wright)].

Anévrysme de la fémorale et iritis. [Observ. 151 (Mazoni)].

Anévrysme de l'aorte et tabes. [Observ. 58 (Raymond)].

Anévrysme de l'arc aortique et tabes. [Observ. 84 (Hampeln)].

Anévrysme des artères vertébrale, basilaire, cérébrale antérieure droite, cérébrale moyenne gauche ; et symptômes de paralysie générale. [Observ. 104 (C. Russel)].

Anévrysme de l'aorte et néphrite syphilitique. [Observ. 40 (Jaccoud)].

Anévrysme de l'aorte abdominale et choroïdite syphilitique. [Observ. 69 (Lunn)].

#### 6) COÏNCIDENCE DES ANÉVRYSMES CHEZ DES CONJOINTS SYPHILITIQUES

Les cas d'anévrysmes évoluant chez des conjoints sont fort intéressants au point de vue qui nous occupe. Jaccoud (1), dans une clinique, rapporte une observation de 1878, concernant un mari et sa femme, syphilitiques tous deux, et morts tous deux à six mois de distance l'un de l'autre, d'un anévrysme aortique.

Dans un ordre d'idées voisin, le cas de Leyden, relatif à une femme atteinte d'un anévrysme de la crosse aortique, alors que le mari était atteint de tabes (obs. 93), est aussi fort intéressant.

(1) JACCOUD. *Cliniques*, 1886.

7) L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE PERMETTENT-ELLES D'ACCEPTER LE RÔLE DE LA SYPHILIS DANS LA GÉNÈSE DES ANÉVRYSMES ?

L'action de la syphilis sur les parois des artères est acceptée depuis longtemps ; or, si la syphilis altère les parois vasculaires, il est évident qu'elle peut déterminer un *locus minoris resistentiæ*, prêt à céder sous la pression sanguine, et à se laisser dilater. Heiberg (1), précisément, a démontré que ce qu'il appelle l'*artériosclérose syphilitique* débute souvent par les *vasa-vasorum*, d'où prolifération conjonctive dans la tunique moyenne des artères dont les fibres élastiques sont ainsi écartées les unes des autres ; la paroi finit donc par s'affaiblir. D'autre part, Lancereaux (2) a bien fait voir que l'anévrisme est d'autant plus fréquent que l'artérite est plus circonscrite ; et précisément, le propre de la syphilis est de déterminer des foyers d'artérite très circonscrits. Nous verrons plus loin que plusieurs auteurs ont même décrit de véritables gommes syphilitiques dans les parois artérielles. Mais si ces propositions ont été admises pour les artérites des petits vaisseaux, on ne peut généralement pas accepter cette action sur les artères de gros calibre. (Lancereaux, Potain) (3).

Et cependant, Welch (4), sur 117 cas d'aortite fibroïde, lésion qui est, d'après lui, l'origine ou le prélude des anévrismes syphilitiques, trouvait :

- 46 p. 100 de sujets indubitablement syphilitiques.
- 6,8 — probablement syphilitiques.
- 21,3 — phtisiques.
- 14,2 — sans cause connue.

Sur 56 cas de syphilis suivie de mort, il trouvait dans 60,7 p. 100 des lésions aortiques, la plupart graves.

De même encore, Davidson (5), sur 114 soldats autopsiés en un an en Angleterre, trouvait 22 fois des lésions athéromateuses, et parmi ces 22 soldats, 17 étaient certainement syphilitiques ; et sur 78 autopsiés pour syphilitiques, 4 seulement étaient athéromateux.

Enfin Letulle (6), tout récemment, a pu étudier un cas d'aortite subaiguë ayant entraîné la mort par oblitération de la coronaire gauche, au cours d'accidents syphilitiques secondaires.

(1) HEIBERG. *Congrès des naturalistes scandinaves*, 1893.

(2) LANCEREAUX. *Étiologie et pathogénie des anévrismes*.

(3) POTAIN. *Semaine médicale*, 1885, p. 248.

(4) WELCH. *Aortic aneurysm in the Army. The Lancet*, 1875.

(5) DAVIDSON. *Army medical department Report*, vol. 481.

(6) LETULLE. *Syphilis artérielle. Presse médicale*, 1896, p. 607.

## 8) LA CLINIQUE GÉNÉRALE PERMET-ELLE D'ACCEPTER CES DONNÉES?

D'un autre côté, les observations cliniques de lésions des grosses artères et même de cardiopathies artérielles d'origine syphilitique commencent à devenir assez nombreuses. Landouzy (1) a rapporté le cas d'un malade, syphilitique depuis l'âge de 19 ans, atteint à 40 ans d'une insuffisance avec rétrécissement aortique que les antécédents du malade ne permettent d'attribuer ni au rhumatisme, ni à l'alcoolisme, et que l'auteur attribue à la syphilis avouée; Bouveret (2) a publié l'observation d'un malade atteint de syphilis à l'âge de 20 ans et qui dut à cette infection un rétrécissement aortique et un tabes, et il insiste sur la fréquence de l'association du tabes avec les cardiopathies; Duplaix (3) avait déjà indiqué un cas semblable. A. Mathieu (4) a observé un homme âgé de 45 ans, syphilitique depuis 20 ans, atteint d'une insuffisance aortique, d'une dilatation de la crosse de l'aorte, d'un anévrisme de la sous-clavière, avec hypertrophie cardiaque, lésions dues à une artériosclérose généralisée dont la seule cause appréciable et connue était la syphilis. Une observation de Cornil (5) montrait des lésions analogues. Nous-même pourrions rapporter une observation inédite semblable. Rendu (6) a constaté chez un homme de 43 ans un rétrécissement sous-aortique déterminé par une large plaque cartilagineuse de l'endocarde étendue de l'insertion de la valvule sigmoïde aortique au muscle papillaire antérieur, englobant la grande valve de la mitrale et envahissant la cloison interventriculaire; en outre, une vaste gomme faisait saillie à la partie supérieure ou antérieure du ventricule gauche. Haushalter (7) a rapporté à la Société de médecine de Nancy le cas d'un jeune homme atteint d'une angine de poitrine pseudo-gastralgique par atrésie de coronaires ne pouvant reconnaître d'autre cause que la syphilis avérée.

Enfin, Mrazek (8) a, dans un important travail, ajouté 10 observations personnelles à 102 cas recueillis dans la littérature médicale; après discussion, 61 restent certaines et se décomposent ainsi : myocardite gommeuse 10, fibreuse 9, gommeuse et fibreuse 8; endocardite 2, péri-cardite 1, maladies des vaisseaux 2, myocardite avec péri ou endocardite

(1) LANDOUZY. *Gazette des hôpitaux*, 1885.

(2) BOUVERET. *Soc. médico-chirurgicale des hôpitaux*, 1885.

(3) DUPLAIX. *Annales de Dermatol. et Syph.*, 1884.

(4) A. MATHIEU. *Gazette des hôpitaux*, 1888.

(5) CORNIL. *Journal des connaissances médicales*, 1886.

(6) RENDU. *Soc. méd. des hôpitaux*, 1894.

(7) HAUSHALTER. *Rev. méd. de l'Est*, 1893.

(8) MRAZEK. Die syphilis des Herzens bei erworbenen und erbten Lues. *Arch. f. Dermat. u. Syph. Ergänzungsh. f.*, 1893, p. 279. *Ann. Dermat.*, 1894, p. 408.



15, péricardite et endocardite 1, myocardite et maladies des vaisseaux 1, maladies de tous les éléments organiques 6, varia 5.

..

Enfin, nous avons recherché systématiquement l'état des bruits cardiaques au foyer aortique chez 19 prostituées atteintes de syphilis déjà ancienne et traitées à l'hôpital de la Maison de Secours dans le service de M. le professeur agrégé Vautrin; nous avons trouvé :

4 fois une accentuation notable du bruit diastolique.

5 fois un véritable éclat métallique.

Voici, à titre d'exemple, une observation intéressante recueillie au service de M. le professeur Spillmann :

#### OBSERVATION II

La nommée Mathilde J. C..., âgée de 18 ans, domestique, entre à la Clinique le 18 novembre 1892.

N'a jamais été malade; pas traces d'alcoolisme. Strabisme depuis l'âge de 2 ans.

La malade se présente, en proie à une asthénie syphilitique des plus intenses; elle est abattue, somnolente, hébétée, ne pouvant se traîner. Plaques muqueuses aux petites lèvres; quelques papules disséminées à la face interne et à la partie supérieure des cuisses; papules croûteuses très suintantes sur le cuir chevelu.

Le foie déborde d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Surface de matité splénique augmentée.

*Au niveau de l'orifice aortique, les bruits paraissent un peu sourds.*

18 novembre. Première injection de 0,10 centigr. de thymol-acétate de mercure, en suspension dans 1 c. c. d'huile de vaseline.

Le 28. Deuxième injection; depuis ce moment, une injection tous les huit jours.

Le 30. La rate et le foie ont repris leurs volumes normaux.

3 décembre. L'état général est bon; l'état psychique est très amélioré, la malade est gaie.

Quelques papules au niveau du cou.

Le 20. *Éclat métallique des bruits cardiaques au foyer aortique.*

Le 27. Apparition de quelques syphilides granitées à la région scapulaire, de quelques plaques anales et de deux plaques sur la petite lèvre gauche.

1<sup>er</sup> février 1893. Tous les accidents ont cédé; on cesse les injections.

20 avril 1893. Éruption papulo-squameuse psoriasiforme du dos, cédant rapidement à une reprise des injections.

#### 9) LE TRAITEMENT SYPHILITIQUE AGIT-IL SUR LES ANÉVRYSMES ?

Plus loin, nous aurons à examiner si les anévrismes évoluant chez des fracastoriens est de nature ou d'origine syphilitique. A priori, il



semble que l'anévrisme, étant la résultante, l'aboutissant d'une lésion artérielle, le traitement de la maladie originelle ne puisse plus grand-chose contre l'état acquis.

Cependant, bon nombre d'auteurs (Bouillaud, Dreschfeld, Balfour, Bramwell, Lecointre, G. Sée) ont déjà noté l'action du traitement ioduré sur les dilatations anévrysmales, et Potain (1) fait observer qu'il a constaté par ce traitement la rétrocession d'anévrisme chez des individus chez lesquels il n'avait pas trouvé d'antécédents spécifiques. L'iodure agirait donc sur les anévrysmes comme sur d'autres affections dues à l'artériosclérose.

Il faut toutefois remarquer qu'habituellement, les lésions artério-scléreuses avancées ne se modifient pas d'une façon appréciable par le traitement ioduré; on ne voit pas les radiales dures perdre leur rigidité.

Au contraire, Dieulafoy a vu rétrocéder presque à vue d'œil, sous l'influence du traitement, un volumineux anévrisme de l'artère radiale évoluant chez un syphilitique âgé de 35 ans, à la période tertiaire (observ. n° 120, tableau VI). Et ce cas n'est pas isolé; nous en avons relevé cinq autres.

M. le professeur Fournier (2) a observé un malade syphilitique avéré, qui a présenté dans la région droite du thorax, au niveau de la crosse, une matité considérable avec pulsations, et chez lequel tout a disparu sous l'influence du traitement spécifique (obs. n° 9, tableau I). Constantin Paul rapporte le cas d'un malade qui contracta la syphilis en 1846, a eu en 1876 des ulcérations de la cloison du nez et de la face, et en 1877, à l'âge de 61 ans, trente et un ans après son chancre et un an seulement après ces lésions évidemment syphilitiques, présentait les signes fonctionnels et les signes physiques d'un anévrisme aortique, symptômes et signes qui disparurent complètement grâce à un traitement spécifique (obs. n° 13, tableau I).

Une malade de Lécorché et Talamon, ancienne syphilitique, atteinte d'un anévrisme de la crosse, d'une périostite de la clavicule et d'une périostite de l'orbite, fut soumise au traitement ioduré; dès le quinzième jour, les tumeurs de la partie interne de l'orbite et de la clavicule avaient entièrement disparu; au bout du mois, la voussure du côté droit du thorax et du sternum était beaucoup moins marquée; l'oppression était moindre, les crises d'angine de poitrine devenaient de plus en plus rares; au moment de la sortie, six semaines après le début du traitement, il n'y avait plus eu de crises douloureuses depuis quinze jours; la voussure thoracique était presque effacée; les signes physiques de la tumeur anévrysmale étaient très notablement affaiblis.

(1) POTAIN. De l'anévrisme latent de l'aorte. *Médecine moderne*, 1893, p. 1143.

(2) FOURNIER. In Th. Verdié, 1884-85, p. 33-34.

Les auteurs admettent que, dans ce cas, l'action du traitement sur la paroi du sac a été la même que sur les exostoses de l'orbite et de la clavicule, qu'elle a agi sur l'artérite gommeuse, cause de l'anévrysme, comme sur les autres néoplasies syphilitiques (obs. n° 16, tableau I).

Dans le cas de Pietro Celoni, le traitement spécifique a déterminé une très grande amélioration de l'anévrysme, en même temps que se modifiaient les lésions testiculaires (obs. n° 26, tableau I).

Dans une observation de Duguet, l'iodeur donna une amélioration passagère (obs. 10, tableau I).

Cité par Mauriac, Balfour considère comme évidente l'efficacité de l'iodeur de potassium à 2 gr. par jour dans six cas d'anévrysme; de même Bron, Bramwell, Drechfeld, Lancereaux auraient obtenu d'excellents effets par l'iodeur, associé ou non aux frictions. Enfin, A. Fraenkel (1) prescrit à ses malades de l'iodeur associé à des frictions, grâce auxquelles il a vu les symptômes rétrocéder même dans les cas les plus graves; Klemperer agit de même.

Les trois observations inédites suivantes sont également très démonstratives à l'égard de l'action du traitement spécifique.

**OBSERVATION III (2).** — *Anévrysme à manifestations soudaines sept ans après le chancre; voussure praëortique considérable; grande amélioration par l'iodeur et les frictions; mort six ans plus tard, à la suite de surmenage.*

B... contracte la syphilis à 25 ans. — Il n'a jamais eu de maladie grave, sauf la rougeole. Pas d'alcoolisme. Père goutteux. Il suit un traitement très incomplet et irrégulier et se marie à 28 ans. Je perds complètement le malade de vue. Deux ans après son mariage, en juin 1887, en pleine santé apparente, il monte en tricycle. Se trouvant sur la route de Frouard avec deux amis montés à bicyclette, il veut les suivre en montant les côtes. Il est pris soudain d'une dyspnée intense, avec sensation de constriction au-devant de la poitrine, état syncopal. On est obligé de le ramener chez lui. Le médecin de sa jeune femme, appelé en hâte, fait appliquer des ventouses et prescrit le repos. Au bout de quelques jours le malade reprend ses occupations, mais se plaint d'une dyspnée persistante.

Il a des palpitations au moindre effort. L'auscultation ne permet de reconnaître à ce moment aucun bruit anormal. Le malade prend pendant plusieurs mois des préparations bromurées.

La dyspnée augmente cependant, le malade a des accès de palpitation fréquents, avec accès angineux; il pâlit et perd ses forces. Je suis appelé à le voir en mars 1888. A ce moment, je constate une voussure très manifeste, tumeur avec battements du volume d'un demi-poing, occupant les deuxième, troisième et quatrième espaces intercostaux du côté droit avec usure des côtes, car la tumeur est assez molle. Double souffle à ce

(1) FRAENKEL. *Société de médecine interne*, Berlin, 19 octobre 1886.

(2) Communiquée par M. le professeur Spillmann.

niveau. La pointe du cœur est à deux travers de doigt en dehors de la ligne mamillaire ; pouls radial isochrone des deux côtés.

Le malade se plaint de douleurs angoissantes et ne peut marcher, même dans la chambre, sans éprouver des accès de dyspnée.

Pas de cornage.

Le malade est soumis immédiatement à des frictions mercurielles et à l'iode de potassium à haute dose, deux, quatre puis six grammes par jour. Au bout de quinze jours je revois le malade. Les phénomènes douloureux se sont amendés dans une proportion très notable. La dyspnée est moins intense. Les mouvements d'expansion de la tumeur sont moins prononcés. Il est convenu que le malade continuera à prendre de l'iode et qu'on reprendra de temps en temps l'usage des frictions.

Je revois le malade fin juillet 1888. L'état général s'est complètement modifié. La pâleur a disparu ; le malade a repris de l'embonpoint. Il sort et peut faire des promenades sans trop de fatigue. Plus de dyspnée. La voussure existe encore, mais elle est diminuée des  $\frac{4}{5}$ <sup>mes</sup>. Le double souffle est à peine perceptible. J'ai bien du mal à faire comprendre au malade qu'il doit vivre de précautions, continuer son traitement et éviter toute imprudence. Pendant un an, environ, ces conseils sont suivis, puis le malade se néglige, part pour le midi où il se met à la tête d'une entreprise commerciale. Il cesse tout traitement, se surmène, et meurt brusquement en février 1894 après une course forcée, probablement à la suite de la rupture de la poche anévrysmale.

OBSERVATION IV (1). — *Syphilis datant de 40 ans ; anévrysme du tronc barchio-céphalique ; amélioration rapide et très considérable par l'iode de potassium.*

Rosalie L..., blanchisseuse, âgée de 59 ans, entrée au service de M. Bucquoy, le 26 novembre 1884.

Habitudes éthyliques assez modérées. N'a jamais eu de rhumatismes. La malade a contracté la syphilis à l'âge de 19 ans, après son premier mariage et fut traitée pendant 20 jours en Touraine. Bubon inguinal. Elle a eu des plaques muqueuses. Angine spécifique. Elle a perdu ses cheveux. Actuellement, à l'examen de la gorge, on voit le voile du palais divisé en deux parties, écartées et tuméfiées.

Son premier enfant, âgé actuellement de 37 ans, bien portant, quoique délicat, fut atteint, dans son premier âge, de lésions du scrotum, traitées par Ricord.

Un deuxième enfant, une fille aujourd'hui âgée de 26 ans, a eu dans son enfance des accidents regardés comme scrofuleux, puis une ostéo-arthrite tuberculeuse du coude gauche, resté ankylosé ; et surtout un abcès du front et une nécrose des os du nez ; nez en coup de hache.

Cette deuxième grossesse fut suivie de trois fausses couches. Depuis l'âge de 30 ans, la malade n'a plus eu d'accidents et s'est bien portée.

Depuis longtemps, elle se plaint de frémissements dans le bras gauche avec endolorissement. — (Craignait la paralysie.)

(1) Observation recueillie dans le service de M. Bucquoy, médecin des hôpitaux de Paris (1884) et communiquée par M. le Dr Raoult, ancien interne du service.

Depuis un an environ, l'oppression existant depuis plusieurs années, a augmenté, et il y a six mois, elle a dû quitter son métier. De même, les battements de cœur qu'elle éprouvait depuis longtemps (10 ans environ) ont augmenté cette année. Ses jambes n'ont jamais enflé, sauf autour des malléoles le soir.

L'oppression est à son comble depuis quinze jours ; ne s'est pas couchée, mais a cessé de faire son ménage.

Lorsqu'elle a ces battements de cœur, elle a une sorte de crise, pendant laquelle elle ressent une angoisse violente avec sensation de défaillance.

*État actuel.* — Femme très forte, très grasse, ce qui rend l'examen difficile.

*Cœur.* — A la base, matité de 7-8 cent. développée surtout à droite du sternum ; c'est plutôt de la submatité, car elle semble masquée par une lame pulmonaire qui cache le cœur.

On sent difficilement la pointe et on ne peut localiser exactement la situation dans les espaces intercostaux à cause de l'embonpoint ; on constate néanmoins que le cœur est assez volumineux.

A la palpation, on sent en avant du sternum une impulsion, puis un frôlement. Si on passe le doigt derrière la fourchette sternale, on sent un double battement ; celui-ci est roulé, figurant un frémissement.

Au niveau de la partie inférieure du creux sus-claviculaire, on voit une saillie intermittente répondant à la systole ventriculaire ; à la pulsation on sent là un double battement, dont le second est un frémissement.

Cette tumeur se continue, en haut, sur le trajet de la carotide qu'elle dépasse un peu en arrière jusqu'à quatre centimètres au-dessus du triangle sus-claviculaire, et en bas dans la direction du tronc brachio-céphalique, passant derrière la clavicule.

Partout on perçoit, en appuyant sur cette tumeur, un battement et un frémissement, pas de thrill proprement dit.

A l'auscultation, à la base du cœur, on entend un souffle au premier temps et un bruit métallique au deuxième temps.

Au niveau de la carotide et de la fourchette sternale on entend deux souffles dont le second est prolongé.

En arrière on entend à la face postérieure du thorax un double battement surtout marqué à droite et sur la ligne médiane.

Lorsqu'on comprime la carotide, la malade ressent une douleur vive dans la tête. En pressant sur les deux artères temporales, on trouve que les battements de la droite sont moins forts que ceux de la gauche.

Le pouls radial droit semble un peu retardé sur la gauche, et un peu moins fort.

Le pouls est vibrant.

*Poumon.* — Emphysème généralisé, avec gros râles partout et quelques râles sous-crépitaux.

Crachats muco-purulents.

26 novembre. Traitement : 3 gr. d'iodure de potassium par jour.

15 décembre. La malade va beaucoup mieux, tousse à peine, battements bien moins violents et moins fréquents.

Le 15. Exeat sur sa demande.

OBS. V. — *Syphilis ancienne non traitée. Anévrisme sacculaire de l'aorte ascendante; voussure considérable à droite du sternum; affaiblissement très considérable du pouls radial gauche, diminution des battements de la carotide gauche; anémie relative de l'hémisphère cérébral droit, méiopragie hémilatérale droite. Traitement par KI et Hg; amélioration très considérable et très rapide.*

Paul F..., vigneron, âgé de 49 ans, entre le 9 avril 1895 à la clinique de M. le professeur Spillmann.

*Antécédents héréditaires.* — Père bien portant, mère atteinte d'une maladie nerveuse.

*Antécédents personnels.* — N'a jamais eu de longue maladie; a fait la guerre en 1870, a été fait prisonnier et, pendant une bonne partie de sa captivité, a été soigné pour anémie.

A 18 ans a eu un chancre balano-préputial qui a laissé comme traces une cicatrice avec adhérence; accidents secondaires bénins. Cette affection n'a pas été traitée.

Depuis quatre ou cinq mois, le malade se plaint d'essoufflements qui s'exagèrent par les efforts et d'une douleur dans la région thoracique droite, avec irradiation au niveau de l'aisselle et de l'épaule du même côté. Cette douleur est continue, assez peu intense, s'accompagnant souvent de palpitations.

*État actuel.* — Malade amaigri.

Le thorax présente une voussure irrégulière, assez diffuse, occupant à droite, l'espace compris entre le mamelon et le sternum et les troisième et sixième espace intercostaux. Pas de battements épigastriques; battements s'apercevant jusqu'à cinq travers de doigt au-dessous du mamelon gauche.

Au niveau de la voussure, la peau est mobile; on sent un mouvement d'expansion très prononcé, synchrone à la systole du pouls, puis un mouvement de thrill à la diastole. Les battements se sentent parfaitement derrière la clavicule et dans les gros vaisseaux.

*Appareil circulatoire.* — La pointe du cœur se trouve un peu en dehors de la ligne mamillaire; soulèvement présystolique de la région précardiacque.

Pas de frémissements perceptibles dans la région sus et sous-mamillaire.

*Percussion.* — L'emphysème pulmonaire empêche de délimiter nettement la zone de matité cardiaque qui cependant paraît un peu augmentée d'étendue.

A l'auscultation, on trouve, à la pointe, les bruits cardiaques éloignés.

A la base, à droite du sternum, le premier bruit est sourd; le deuxième bruit est couvert par un souffle intense; au niveau de la voussure, également on observe un centre de battements avec premier bruit un peu étouffé et deuxième bruit remplacé par un souffle intense.

Entre ces deux foyers se trouve un espace dans lequel ces bruits sont bien moins nets.

Le pouls, à droite, bat à 78; il est régulier, égal, bondissant, un peu dicrote.

A gauche, il est petit, à peine perceptible; il semble exister un léger retard sur celui du côté droit.

Les artères temporales sont sinueuses; les radiales sont dures.

Les battements de la carotide droite sont plus marqués que ceux du côté gauche.

Le pouls fémoral paraît synchrone au pouls radial, sans qu'on puisse percevoir nettement le souffle.

Pas de dilatation des jugulaires.

*Appareil pulmonaire.* — Un peu de dilatation des veines de la paroi thoracique.

*Percussion normale.*

A l'*auscultation*, inspiration un peu rude, expiration prolongée, diminution du murmure vésiculaire et quelques petits râles disséminés, des deux côtés.

En arrière, les bruits cardiaques sont transmis, mais les souffles sont éteints.

Pas de modification de la voix.

*Appareil urinaire.* — Urines abondantes, coloration normale. V 24 heures = 1,300 gr.

Une ou deux mictions pendant la nuit.

Pas d'albumine.

*Appareil digestif.* — Rien de particulier.

Le foie et la rate ont leur volume normal.

*Système nerveux.* — Pupilles normalement dilatées, réagissant médiocrement à l'accommodation, mais réagissant nettement à la lumière.

La sensibilité au toucher est bien conservée, de même que les réflexes.

Fourmillements, sensation de refroidissement permanent dans le bras et la jambe droite; le malade se plaint d'une diminution des forces dans la main droite.

12 avril. Le malade, venu seulement en consultant, quitte l'hôpital. On lui prescrit une friction journalière à l'onguent napolitain, 5 gr. d'iode de potassium.

Le 23. Rentrée définitive du malade.

La voussure semble avoir un peu diminué, l'expansion semble, elle aussi, moins prononcée.

8 mai. L'état général se maintient bien, la diminution de volume de l'anévrysme est toujours aussi manifeste.

Le 24. Durant cette période l'état général ne présente rien de spécial. La voussure diminue de plus en plus, les battements existent toujours, mais moins violents. Le pouls radial gauche ne change pas, il est toujours à peine perceptible.

Le 26. Éruption très marquée d'acnée iodique.

Le 28. Le malade se plaint de douleurs dans le dos et à la région précordiale.

Les battements semblent un peu plus marqués.

On applique quelques pointes de feu sur la région de l'anévrysme.

Au bout de quelques jours l'amélioration reprend sa marche ascendante. Demande de sortie en juin.

Le malade revient à la clinique le 23 septembre 1896. Il s'est fortement surmené pendant l'été, s'adonnant à ses travaux de culture. Depuis un



mois, il ressent de nouveau des douleurs au niveau de l'anévrysme. La voussure hémisphérique est assez considérable, s'étendant à droite du sternum et au niveau de son tiers moyen, empiétant sur le sternum en soulevant les articulations chondrosternales, diamètre 9 cent.

Au-dessus de cette voussure, zone de matité relative, passant au niveau de l'articulation sterno-claviculaire. Au niveau de la fourchette du sternum, on perçoit les battements de la crosse aortique.

Pas de troubles de la déglutition ni de la phonation.

Abolition presque complète du pouls à la radiale gauche.

Signalons au passage, dans cette observation, l'état si curieux du pouls différent, conservé à la radiale droite, côté de la tumeur, et presque aboli du côté opposé; de ce même côté, également, diminution des battements de la carotide. Nous avons relevé cette anomalie dans les deux autres cas suivants :

#### OBSERVATION VI (de SNOW) (1).

Femme âgée de 22 ans; anévrysme de l'aorte ascendante et de la crosse; disparition du pouls radial gauche.

A l'autopsie, on trouve une occlusion complète de la sous-clavière gauche par une petite portion de tissu dégénéré fortement adhérent à la température interne.

#### OBSERVATION VII (de PONCET) (2).

Anévrysme de l'aorte, première portion, au niveau de la deuxième côte droite et du sternum; le pouls est normal à droite, diminué à gauche.

Deux interprétations sont en présence. La première, de Barwell, à laquelle se range Poncet, reconnaît des voies différentes dans le cours du sang de l'aorte, ou plus exactement les courants accolés; le courant sanguin destiné aux vaisseaux du membre supérieur droit n'est pas modifié, ce membre reçoit son contingent normal; au contraire, le flot destiné au côté gauche trouve sur son trajet l'orifice du sac, s'y engouffre, son courant est modifié et il n'arrive plus avec sa force dans les vaisseaux.

Pour François Franck, l'abolition du pouls radial gauche est due soit à une autre poche anévrysmale indéterminée, soit à un rétrécissement de l'orifice de la sous-clavière gauche; l'observation de Snow confirme cette deuxième hypothèse.

Dans notre cas, l'orifice de la sous-clavière gauche n'est pas seul en cause, puisqu'il y a diminution des battements carotidiens du

(1) In thèse Verdié. Paris, 1884-1885, p. 51.

(2) PONCET. *Société de biologie*, 1886, 27 février.

même côté; il faudrait donc admettre une lésion intéressant les deux orifices vasculaires, anévrisme ou plaque d'artérite, ou bien une anomalie artérielle.

Le rétrécissement carotidien a pour conséquence une anémie relative de l'hémisphère gauche se traduisant cliniquement par la diminution des forces, la sensation de refroidissement du bras droit, qu'on pourrait à première vue attribuer à une compression des plexus par la tumeur, si les mêmes phénomènes ne se produisaient également au membre inférieur.

10) DURÉE DE LA PÉRIODE ENTRE LE DÉBUT DE L'INFECTION SYPHILITIQUE ET L'APPARITION DE L'ANÉVRYSME

Une question annexe importante est celle de savoir combien de temps après le début de l'infection se manifeste ordinairement l'anévrisme.

Dans 64 observations, nous avons pu déterminer avec précision l'âge de la syphilis; voici les résultats de cette statistique :

11 mois.....	1 cas	} 1 à 5 ans : 10 cas.
De 1 an à 2 ans.....	2 —	
2 ans.....	1 —	
3 — .....	2 —	
4 — .....	3 —	
5 — .....	6 —	} 5 à 10 ans : 18 cas.
6 — .....	1 —	
7 — .....	8 —	
8 — .....	3 —	
9 — .....	2 —	
10 à 15 — .....	10 —	
15 à 20 — .....	14 —	
20 à 25 — .....	13 —	
25 à 30 — .....	2 —	
31 — .....	1 —	
32 — .....	2 —	
40 — .....	1 —	

Ces chiffres montrent que les anévrysmes survenant chez des syphilitiques sont très rares pendant le cours des cinq premières années de l'infection, très rare également après la vingt-cinquième année.

Ils montrent aussi qu'il semble exister deux périodes pendant lesquelles les anévrysmes apparaissent avec leur plus grande fréquence: on constate un premier maximum de 18 cas dans la période quinquennale allant de la cinquième à la dixième année de la syphilis; puis



un deuxième maximum de fréquence avec 14 cas dans les deux périodes quinquennales de 15 à 20 ans et de 20 à 25 ans.

Les anévrysmes s'observeraient donc surtout de 15 à 25 ans après l'infection spécifique, ou bien de 5 à 10 ans.

Parmi ces observations, l'époque la plus rapprochée du chancre a été onze mois (Spillmann, obs. 83, tableau III), et la plus éloignée 40 ans (obs. 91, tableau IV, notre observation n° IV).

De tout cet ensemble de considérations, de tout ce groupement de faits, ressort avec évidence l'importance de la syphilis dans la genèse des anévrysmes. Et cette donnée étiologique peut avoir son utilité dans le diagnostic différentiel des tumeurs du médiastin. Cependant Hampeln nous paraît dépasser la mesure lorsqu'il écrit que « lorsqu'on peut écarter avec certitude l'idée de syphilis ou que la syphilis remonte à 30 ou 40 ans, il est permis d'écarter l'idée d'anévrysme, même dans les cas où il existe des douleurs, de la paralysie ou des tumeurs pulsatiles ».

## II

**Existe-t-il des différences entre les anévrysmes évoluant chez des syphilitiques et les anévrysmes évoluant en dehors de l'infection spécifique ?**

### 1) AGE DES MALADES

L'anévrysme est une affection survenant généralement à un âge avancé, habituellement au-dessus de 45 ans, souvent 55 ou 60 ans ; d'après Thibierge, il peut se manifester souvent d'une façon plus précoce lorsqu'il reconnaît comme cause la syphilis.

Voici à cet égard quelques chiffres : nous avons relevé 185 fois l'âge des malades.

AGE DES MALADES	SYPHILITIKES	NON SYPHILITIKES
20 à 22 ans .....	1 .....	0
22 à 24 — .....	2 .....	0
24 à 26 — .....	1 .....	1
26 à 28 — .....	9 .....	0
28 à 30 — .....	1 .....	0
donc de 20 à 30 — .....	14 .....	1
30 à 40 — .....	39 .....	14
40 à 50 — .....	41 .....	26
50 à 60 — .....	24 .....	20
60 à 70 — .....	5 .....	2
70 à 80 — .....	1 .....	2

On voit que si nous trouvons déjà 14 cas d'anévrysme de 20 à 30

ans chez des syphilitiques, nous n'en trouvons pendant cette période qu'un seul chez un malade non syphilitique ;

Que de 30 à 40 ans, nous trouvons encore beaucoup plus de syphilitiques (39) que de non syphilitiques (14) ;

Que de 50 à 60 ans, nous trouvons presque autant de non syphilitiques (20) que de syphilitiques (24), bien que sur 185 cas, le nombre des non syphilitiques soit de 64, c'est-à-dire moins que le tiers.

C'est chez les syphilitiques qu'on trouve les jeunes malades atteints d'anévrysme ; et à ceux déjà contenus dans nos tableaux et figurant dans cette statistique, empruntons à Thibierge les cas de Rabbe (25 ans) et de Tuffnel (19 ans).

Parfois les anévrysmes s'observent chez des sujets moins âgés encore (Crisp, 6 cas au-dessous de 20 ans sur 505 observations) ; nous avons recherché si, dans ces cas (Sanné, 3 cas chez des enfants qui ont moins de 13 ans ; Kirmisson, 7 ans et demi ; Heurtaux, 11 ans, Bouilly, Reclus), la syphilis héréditaire n'intervient pas ; les observations étaient muettes à cet égard. Suivant un rapprochement que nous avons déjà fait plusieurs fois, on sait que se posant la même question à l'égard des cas de paralysie générale infantile, Régis a trouvé sur 14 cas évoluant chez des sujets âgés de 13-19 ans, 7 fois la syphilis héréditaire signalée d'une façon certaine et une fois probable, et Fournier 9 ou 10 sur 16.

Si maintenant, additionnant l'âge de tous les malades contenus dans tous nos tableaux, nous faisons la moyenne, nous trouvons l'âge moyen de : 41 ans pour les syphilitiques, 47 ans pour les non syphilitiques.

De cet ensemble de faits, il semble donc bien ressortir, comme le remarquait Thibierge, que d'une façon générale, l'anévrysme apparaît plus tôt lorsque la syphilis intervient dans la genèse.

## 2) FORME DES DILATATIONS ANÉVRYSMALES

Le professeur Jaccoud a fait observer que les anévrysmes syphilitiques sont fréquemment multiples ; le fait est exact et parmi les observations relevées sur nos tableaux, nous ne trouvons pas moins de 24 anévrysmes multiples chez des syphilitiques.

Ce sont les cas de :

Croft : Anévrysme de l'artère poplitée et de l'artère innominée (obs. n° 134, tabl. X).

Nalty : Anévrysme de la crosse aortique ou de l'artère innominée (obs. n° 14, tabl. I).

Heiberg : Anévrysme de l'artère poplitée, de l'aorte, du tronc brachio-céphalique (obs. n° 150, tabl. X).

Martin Durr : Aorte ascendante et collet de la sous-clavière (obs. n° 1, tabl. I).

Bek : Anévrysme de la crosse et de l'aorte descendante (obs. n° 41, tabl. I).

Ruehl, Busch et Koster : Double anévrysme de la crosse (obs. n° 50, tabl. I).

Snow : Anévrysme de l'aorte ascendante et de la crosse et anévrysmes multiples des coronaires (obs. n° 15, tabl. I).

Kolmann : Anévrysme de la crosse et de l'aorte descendante (n° 42, tabl. I).

Vallin : Trois anévrysmes de l'aorte thoracique et un anévrysme de l'aorte abdominale (n° 12, tabl. I).

Dacquet : Anévrysme de la crosse et de l'aorte abdominale (n° 31, tabl. I).

Jaccoud : Double anévrysme de l'aorte (n° 40, tabl. I).

Cayby : Anévrysme de l'iliaque, de la fémorale et 2 autres anévrysmes (n° 154, tabl. XI).

Diver : Anévrysme de la fémorale et de la poplitée (n° 160, tabl. XI).

Quenu : Anévrysme de l'iliaque externe droite et de la fémorale gauche (n° 126, tabl. VII).

Balzer : Trente anévrysmes des artères coronaires (n° 164, tabl. XII).

Carpenter : Anévrysme double des artères vertébrales.

Russel : Anévrysme de l'artère basilaire et de la cérébrale moyenne (n° 102, tabl. III).

Russel : Anévrysme en chapelet des vertébrales, de la basilaire, cérébrale droite, cérébrale gauche (n° 104, tabl. III).

Russel : Trois dilatations de l'artère basilaire, anévrysme de la bifurcation de la carotide gauche, 4 petits anévrysmes de la cérébrale moyenne gauche (n° 105, tabl. III).

Macleod : Anévrysme de l'artère basilaire et de la cérébrale droite (obs. n° 106, tabl. III).

Lancereaux : Deux anévrysmes des sylviennes (obs. 110, tabl. III).

Lancereaux : Anévrysme de la carotide interne et de la sylvienne gauche (obs. n° 97, tabl. II).

Steinberg : Carotide interne droite et cérébrale (obs. n° 95, tabl. II).

Lorrain : Anévrysme multiple (obs. n° 4, tabl. I).

Mais, malgré ce nombre relativement important, il n'y a pas là de principe absolu, car à côté de ces 24 cas d'anévrysmes multiples chez des syphilitiques, nous trouvons 7 cas chez des malades considérés comme non syphilitiques, sous le bénéfice, bien entendu, des réserves que nous avons faites plus haut :

Guinon : Double anévrysme de l'aorte ascendante (tabl. XIII, obs. 191).

Poupon : Double anévrysme de l'aorte (tabl. XIII, obs. 173).

Poulalion : Double anévrysme de l'aorte ascendante (tabl. XIII, obs. 171).

Brault : Double anévrysme de la crosse (tabl. XIII, obs. 173).

Durante : Anévrysme de l'aorte et de la sous-clavière gauche (tabl. XIII, obs. 175).

Littlewood : Anévrysme de l'aorte et de l'artère poplitée (tabl. XIX, obs. 237).

Jessop : Anévrysme de l'iliaque externe et de la brachiale (tabl. XX, obs. 239).

Soit, sur un ensemble de 240 cas d'anévrysmes, un groupe de 31 anévrysmes multiples, dont 24 chez des syphilitiques, c'est-à-dire 77,7 p. 100, proportion qui s'écarte trop peu de notre moyenne générale de 70 p. 100 d'anévrysme chez des syphilitiques, pour que nous puissions conclure à une fréquence notablement plus grande des anévrysmes multiples chez les fracastoriens.

D'autre part, ces 24 cas d'anévrysmes ne constituent que 5 p. 100 de nos 166 observations d'anévrysme chez des syphilitiques.

A titre de renseignements, ajoutons encore que le professeur Jaccoud a indiqué, pour les anévrysmes de l'aorte, la face postérieure du vaisseau comme localisation élective de l'anévrysme syphilitique, et que Letulle (1) paraît attribuer à la syphilis les anévrysmes arrivés sans rupture à de grandes dimensions.

### 3) LÉSION ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement pour Malmsten, Döhle (2), etc, l'artérite syphilitique serait caractérisée par l'aspect raboteux de la paroi interne, épaissie, couverte de dépressions cicatricielles profondes, à pic, et de verrucosités.

Au point de vue histologique, il est actuellement bien difficile de déterminer la caractéristique de l'anévrysme d'origine syphilitique, puisque les auteurs n'ont pu encore se mettre d'accord sur la nature des lésions de l'artérite syphilitique. Alors que pour les uns, la lésion primitive est une *endarterite* (Heubner), d'autres en font une *mésartérite* (Köster), ou une *périartérite* (Baumgarten, Rumpf, Lancereaux, Trompeter) débutant par les vaso-vasorum ou par les gaines lymphatiques; d'autres encore une *panartérite* sans systématisation (Schmaus); Letulle (3), dans une étude toute récente, se range à cet avis.

Döhle, qui a eu l'occasion d'étudier 3 cas d'aortite syphilitique qu'il considère comme représentant trois stades typiques d'une

(1). LETULLE *Soc. anatomique*, 1893, p. 248.

(2) X. DOHLE. Ueber Aortenkrankung bei Syphilitischen und deren Beziehung zur Aneurismenbildung *Deut. Arch. f. klin. Med.*, Bd. 55, 1895.

(3) LETULLE. Syphilis artérielle. *Presse médicale*, 1896, 11 novembre, p. 605.

même évolution, a observé une infiltration de cellules embryonnaires localisée aux vaso-vasorum, normaux ou de nouvelle formation, de la tunique adventice et de la tunique moyenne; de distance en distance, dans ces infiltrations, existaient des cellules géantes; la tunique interne était peu intéressée. Pour cet auteur, l'anévrisme est dû à une rétraction cicatricielle succédant à l'infiltration de cellules embryonnaires; la paroi devient ainsi moins résistante parce que la tunique moyenne est remplacée par un tissu cicatriciel qui cède à la pression; les dépressions cicatricielles consécutives, signalées par l'auteur, favorisent évidemment le développement de poches étendues.

Le processus indiqué par Heiberg et que Rasch considère comme spécial à la syphilis, est un peu différent: l'artériosclérose syphilitique débiterait bien aussi par les vaso-vasorum, d'où prolifération conjonctive dans la tunique moyenne des artères dont les fibres élastiques sont ainsi écartées les unes des autres, d'où affaiblissement de la paroi qui se laisse dilater.

Quoi qu'il en soit, un certain nombre d'auteurs ont signalé dans les parois des anévrysmes la présence d'amas circonscrits de cellules embryonnaires, très semblables aux gommès syphilitiques: semis d'ilots dans la tunique moyenne (Laveran, obs. 65, tabl. I); petites gommès au-dessus et au-dessous de la tumeur anévrysmale de l'aorte abdominale chez une jeune prostituée atteinte d'une syphilis de deux ans (Wilks, obs. n° 29, tabl. I); agglomération de trois ou quatre noyaux arrondis très colorés le long de la tunique moyenne (Spillmann et Baraban, obs. 109, tabl. III). D'autres auteurs (Dohle) ont noté des cellules géantes dans ces amas nodulaires; leur présence ne se rencontrant guère en dehors de la tuberculose et de la syphilis, on comprend facilement leur importance. Haushalter dans le cas déjà signalé a constaté la présence de véritables gommès dans les parois des coronaires.

Mais à côté de ces quelques cas, très rares encore, dans lesquels la syphilis a, pour ainsi dire, laissé sa signature dans les altérations artérielles de l'anévrisme, il faut bien avouer que, dans l'immense majorité des cas, il n'existe pas de différence histologique appréciable entre les anévrysmes des syphilitiques et les autres.

#### 4) TRAITEMENT

Reste, entre les anévrysmes syphilitiques et les anévrysmes vulgaires, la différence déterminée par l'action du traitement spécifique.

Ce que nous avons dit plus haut nous dispense d'insister ici, et nous nous contenterons de rappeler les nombreux cas d'anévrysmes syphilitiques non modifiés par la médication iodo-hydrargyrée et les cas d'anévrysmes considérés comme non syphilitiques améliorés par l'iodure de potassium.

Peut-être l'opposition entre les résultats donnés par le traitement

est-elle en connexion avec les différences anatomo-pathologiques signalées ci-dessus, le traitement agissant lorsqu'il existe encore de l'infiltration gommeuse susceptible à se résorber sans laisser derrière elle le sclérome et de permettre ainsi aux tissus de reprendre leur élasticité.

### III

#### Nature des anévrysmes chez les syphilitiques.

Une autre question à discuter est la suivante : l'anévrysme évoluant chez des syphilitiques est-il de *nature* ou d'*origine* syphilitique, dans le sens donné à ces mots par le professeur Fournier ? c'est-à-dire l'anévrysme est-il à la vérole ce qu'est à la vérole une gomme ou une plaque muqueuse ? ou bien existe-il chez ces malades, simplement par le fait de la syphilis, ne se serait-il pas développé sans l'intervention de cette infection ?

A priori, pour tout clinicien, il est évident qu'un anévrysme ne peut être assimilé à une lésion spécifique ; même lorsqu'on a trouvé dans sa paroi des gommès syphilitiques, la dilatation vasculaire n'est que la conséquence de cette lésion qui a affaibli le pouvoir de résistance de la paroi à l'égard de la pression de dedans en dehors. Et vraisemblablement, c'est dans ces cas que le traitement spécifique, amenant la résorption des tissus gommeux, permet la guérison de l'anévrysme si la paroi est encore assez peu modifiée pour reprendre son élasticité.

Au contraire, on ne peut s'empêcher de rapprocher l'anévrysme, apparaissant tardivement chez un ancien fracastorien, du tabes et de la paralysie générale, qui s'observent dans les mêmes conditions et qui, aussi, ne réagissent nullement, le plus souvent, au traitement anti-syphilitique.

Aussi, jusqu'à nouvel ordre, jusqu'à ce que les travaux anatomo-pathologiques portant sur un nombre considérable de faits, soient venus apporter des données nouvelles à l'étude de la pathogénie des anévrysmes, nous pouvons faire rentrer bon nombre de ces lésions anévrysmales dans la catégorie d'affections auxquelles Fournier a très heureusement donné le nom de **PARA-SYPHILITIQUES**.

Maintenant, ces ectasies artérielles résultent-elles de l'action syphilitique intervenant sur un terrain antérieurement préparé par des causes adjuvantes ? ou, au contraire, est-ce la syphilis qui est la cause prédisposante préparant la voie à des causes efficientes telles que le surmenage d'une région, un traumatisme répété ? est-ce le microbe inconnu de la syphilis qui intervient directement ; est-ce, comme l'a pensé Strumpell pour d'autres affections, grâce à l'action de toxines émanées du microbe lui-même ? telles sont un certain nombre de questions auxquelles on ne peut encore actuellement faire de réponse ferme.

# SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 14 JANVIER 1897

PRÉSIDENTE DE M. E. BESNIER

**SOMMAIRE.** — Correspondance imprimée. — Ouvrages offerts. — Traitement chirurgical du lupus, par M. NÉLATON. (Discussion: MM. HALLOPEAU, BROCC, DU CASTEL, NÉLATON, THIBIERGE.) — Cas de téléangiectasies en plaques multiples, par M. BROCC. (Discussion: M. GASTOU.) — Lupus érythémateux avec squames psoriasiformes de la face et folliclitis des mains, par M. DU CASTEL. — Deux cas de tricophytie des parties glabres, par M. DU CASTEL. (Discussion: MM. FEULARD, DU CASTEL, BESNIER, HALLOPEAU, TENNESON.) — Cicatrice chéloïdienne de la région présternale consécutive à une cautérisation par la teinture d'iode, par M. G. THIBIERGE. — Un nouveau cas de folliculites disséminées prédominant aux mains et aux oreilles chez un sujet atteint de polyadénopathies tuberculeuses, par M. G. THIBIERGE. — Un cas de mycosis fongoïde, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. — Sur un cas de tuberculose acnéiforme et nécrotique, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. (Discussion: MM. BARTHÉLEMY, LEREDDE, MOTY.) — Nouveau fait pour servir à l'histoire des tuberculoses, par M. BROCC. (Discussion: MM. DARIER, BROCC, GASTOU, BARTHÉLEMY, HALLOPEAU, BESNIER.) — Sur une pseudo-pelade en bande, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. — Acné hypertrophique, par M. CHAILLOUS. — De la scrofule oculaire et de ses relations avec la syphilis héréditaire, par M. GALEZOWSKI. (Discussion: M. FOURNIER.) — Psoriasis palmaire atypique kératosique, par MM. GAUCHER et HERMARY. — Troubles oculaires d'origine hérédo-syphilitique, par MM. A. FOURNIER et SAUVINEAU. — Sur une gomme primitive et isolée d'une amygdale, par MM. AUDRY et IVERSENE. — Épithélioma développé sur un lupus de la muqueuse bucco-pharyngée, par MM. AUDRY et IVERSENE.

## Correspondance imprimée.

*Pester medizinische-chirurgische Presse.*

## Ouvrages offerts.

CARTIER. — *L'hygiène à Toulon*. Un vol. in-8°, Toulon, 1894.

— Du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaire, de bichlorure de mercure. — Les maladies vénériennes à Toulon. — Ext.: *Archives de médecine navale*.

PETRINI, de Galatz. — Note sur un cas de lupus vulgaire épithéliomateux avec des bourgeons alvéolaires colloïdes du nez. — Note sur un cas de colloïd milium au cours d'un hydroa récidivant. — Ext.: *Comptes rendus du V<sup>e</sup> congrès dermatologique allemand*.



**Traitement chirurgical du lupus.**

Par M. NÉLATON.

J'ai l'honneur de vous présenter deux malades ; l'un est un homme qui était atteint d'un lupus occupant toute la face, et d'un épithélioma qui faisait une saillie volumineuse grosse comme une mandarine au niveau de la commissure labiale droite. J'ai enlevé l'épithéliome de ce malade et la perte de substance a été comblée à l'aide d'un lambeau pris sur le bras par la méthode de Tagliacozzi.

Ce lupus a été traité par raclage à la curette de Volkmann et la cautérisation avec le thermocautère.

Le second malade était atteint de lupus de la face, il a été traité par le raclage et la cautérisation. Je présente ces malades bien que je sache qu'il ne faille pas compter pour eux sur une guérison définitive. Mais je trouve et vous pouvez constater vous-mêmes, que l'amélioration est considérable et je pense que dans ces lupus étendus le grattage et les cautérisations ignées, faites d'un seul coup sur toute l'étendue des parties malades et pendant l'anesthésie chloroformique, peuvent rendre de grands services.

M. G. THIBIERGE. — Les résultats obtenus chez le plus jeune des malades de M. Nélaton me paraissent d'autant plus remarquables que j'ai traité pendant longtemps ce sujet, dont le naturel très indocile et peu soigneux avait une grande part dans la ténacité ou mieux les reprises et les réinfections de sa lésion cutanée. Je ne puis cependant, tout en constatant la très grande utilité qu'il a retirée du traitement chirurgical, m'empêcher de constater que la cicatrice est bien saillante et irrégulière. J'ai fait pratiquer chez plusieurs malades atteints de lupus du visage des ruginations chirurgicales, suivies de cautérisations avec la solution de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc, et dans tous les cas j'ai vu se produire des cicatrices lisses, bien inférieures certes au point de vue plastique à celles qui succèdent aux scarifications ou aux cautérisations ponctuées, mais beaucoup préférables aussi à celles qui chez ce malade ont suivi à l'emploi du thermocautère. Justifiée dans ce cas par la ténacité des lésions qui avaient déjà mutilé considérablement le visage, la cautérisation ignée profonde serait désastreuse dans des lupus moins tenaces et n'ayant pas provoqué de déformation notable de la face.

M. HALLOPEAU. — J'ai vu un des deux malades de M. Nélaton avant le traitement chirurgical et je trouve que l'amélioration est considérable.

M. BROCC. — Les résultats obtenus par M. Nélaton sont remarquables. Nous sommes nous-même depuis quelque temps entré dans cette voie en confiant à la chirurgie les lupus considérables de la face, comme d'ailleurs cela se fait depuis longtemps déjà pour les lupus très étendus du tronc et



des membres. Nous recommandons de racler d'abord avec une grosse curette, puis de tâcher d'enlever avec une très fine curette tous les tubercules isolés ou enchâssés dans le derme; enfin, de cautériser avec le chlorure de zinc ou le nitrate d'argent, et ce procédé nous a paru donner de bons résultats. En tous cas, nous n'avons pas observé avec lui de kéloïdes aussi considérables que celles du 2<sup>e</sup> malade de M. Nélaton. Après une première opération complète, le lupus est presque toujours assez amélioré pour qu'on puisse achever de le guérir par les méthodes ordinaires, sinon, on refait une autre intervention chirurgicale.

M. DU CASTEL. — Il faut craindre les kéloïdes comme suite des extirpations considérables par la cautérisation; cette complication est survenue chez celui de ces malades traité par la cautérisation.

M. NÉLATON. — Les kéloïdes se sont produites au point où le thermocautère a été forcé de pénétrer profondément.

#### Cas de télangiectasies en plaques multiples.

Par le M. L. BROcq.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un cas de télangiectasies en plaques des membres inférieurs.

La malade qui est entrée depuis quelques jours dans notre salle de maladies cutanées à l'hôpital Pascal, est une femme de 59 ans, un peu obèse, d'aspect général relativement satisfaisant. Voici son observation, rédigée d'après des notes fournies par M. Tissier, interne du service.

Ses antécédents héréditaires sont des plus difficiles à préciser et n'offrent aucun intérêt: son père et sa mère n'auraient jamais fait de maladies notables; elle a un frère bien portant.

Elle a été réglée à 13 ans: mariée à 18 ans à un architecte, elle n'a jamais fait de travaux pénibles, ni subi de fatigues exagérées. Onze mois après son mariage elle a eu un enfant. Elle a perdu son mari à 36 ans, et à 49 ans est survenue la ménopause. Elle n'a jamais été malade avant ses couches: immédiatement après, vers l'âge de 20 ans, elle a eu probablement quelque affection utérine.

A l'âge de 21 ans, deux ans après ses couches, elle a eu un accident primitif aux grandes lèvres avec œdème dur considérable; environ trois mois après elle eut des accidents à la gorge, elle alla consulter Ricord, et à partir de cette époque elle fut soignée pendant quelque temps d'une manière assez régulière pour la syphilis.

A l'âge de 26 ans, elle eut des coliques hépatiques dont les crises se sont renouvelées presque sans interruption tous les mois ou tous les deux mois jusqu'à l'âge de 40 ans: à cette époque elles ont définitivement disparu. A 41 ans, nouveaux accidents du côté du bas-ventre qualifiés de métrite et de pelvi-péritonite, et, au bout de 18 mois de maladie, ouverture d'un abcès pelvien dans le rectum.

A l'âge de 54 ans la malade a été prise d'accidents pleuro-pulmonaires, graves très probablement consécutifs à une grippe ; elle parle comme diagnostics faits à cette époque, de broncho-pneumonie, de pneumonie, de pleurésie : elle avait de la fièvre et toussait beaucoup.

C'est vers l'âge de 50 ans, quelques mois environ après la ménopause, qu'elle a vu paraître pour la première fois sur la jambe gauche, puis sur la cuisse, quelques taches d'un rouge vif. Elles ne se développèrent tout d'abord qu'avec la plus grande lenteur ; mais lors de ses accidents thoraciques elles augmentèrent avec rapidité. Elle n'avait à cette époque que des varices peu apparentes constituées par quelques veinosités bleuâtres.

Dans ces derniers temps elle a consulté M. le Dr Feré pour certains troubles nerveux sur lesquels elle ne donne que des renseignements incomplets.

Vers les premiers jours de décembre 1896 elle a vu survenir au mollet et à la face interne du tibia droit des petites tumeurs dures, d'abord indolentes, puis qui sont devenues assez sensibles à la pression.

*État actuel.* — La malade présente sur toute l'étendue des deux membres inférieurs, disposées d'une manière assez symétrique, une quantité considérable de taches rouges dont la teinte varie du rouge vineux au rouge vif. Leur coloration varie dans ces limites suivant les éléments que l'on considère : elle diminue par le séjour au lit, elle s'accroît au contraire par la station debout et la compression de la racine du membre. La plupart d'entre elles s'effacent complètement par la pression et surtout par la distension des téguments ; cependant un certain nombre conservent une légère teinte jaunâtre, du moins en certains points de leur étendue, et même il persiste parfois quelques petits tractus rougeâtres. En les regardant de fort près il est possible de voir qu'elles sont constituées par de très fines télangiectasies agglomérées d'un rouge plus ou moins vif. Au niveau de certaines d'entre elles, il existe une ou plusieurs varicosités bleuâtres dont la teinte tranche sur celle des plaques.

Elles ne font nullement saillie à la surface des téguments ; mais à leur niveau il n'y a pas non plus de dépression. Leur forme générale est ovale, quelques-unes, surtout parmi les plus petites, sont arrondies ; il y en a fort peu de franchement irrégulières : leurs limites sont assez nettement arrêtées. A la face interne et antérieure des cuisses leur grand axe est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans ; aux jambes il est vertical. Ailleurs leur disposition est assez régulière. Elles criblent en quelque sorte les téguments des membres inférieurs. Leurs dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une pièce de 50 centimes ; la plupart ont une surface à peu près égale à celle d'une pièce de 20 centimes en argent, mais on en voit (surtout aux jambes) qui atteignent la grandeur d'une pièce de un franc et même qui la dépassent.

On en compte environ 200 sur la cuisse droite, 140 sur la cuisse gauche, 110 sur la jambe droite, 22 sur la jambe gauche ; elles atteignent leur maximum de fréquence vers la face interne des cuisses. Il ne semble pas que la température des téguments soit abaissée à leur niveau. Les diverses sensibilités semblent y être normales ; cependant sur certaines d'entre elles la sensibilité à la douleur est-elle peut-être un peu diminuée.

Quand on les regarde d'un peu près on ne tarde pas à remarquer deux particularités assez intéressantes : 1° un certain nombre présente en un ou plusieurs points de leur surface des taches blanchâtres de forme générale arrondie quoiqu'ayant parfois des limites un peu irrégulières : leurs dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une petite lentille. La teinte de ces taches est d'un blanc assez nacré, comme cicatricielle : elles donnent à l'œil l'impression d'une cicatrice ; d'ailleurs les téguments sont parfaitement souples à leur niveau quoiqu'ils paraissent légèrement déprimés : ils ne sont nullement indurés ; ils n'offrent d'ailleurs aucune infiltration, aucun épaissement au niveau des plaques.

2° La deuxième particularité qu'elles présentent est qu'à leur surface existe une desquamation qui n'est que furfuracée sur la plupart des plaques de la cuisse, mais qui sur certaines d'entre elles, et surtout sur celles des jambes, arrive à être fort accentuée et à constituer des sortes de lamelles en disques, transparentes, nacrées, qui se détachent par les bords et qui souvent restent collées par leur centre : elles sont en somme peu adhérentes et peu abondantes. Elles sont posées sur les plaques malades comme des pains à cacheter. D'ailleurs toute la peau des membres inférieurs, même dans l'intervalle des taches, est recouverte d'une fine desquamation pityriasique.

Les téguments présentent en outre de fines dilatations des veinules sous-cutanées et des varices assez volumineuses.

Sur les mains on trouve quelques petites taches un peu blanchâtres ; à la région lombaire il existe une grande plaque vitiligineuse d'aspect, triangulaire, à sensibilité normale, au milieu de laquelle se rencontre une plaque de veinosités.

Sur la face interne de la jambe droite, au milieu du dos, à la face interne du bras gauche se voient trois petites productions cornées qui n'ont pas d'ailleurs dans l'espèce beaucoup d'importance.

La langue présente vers la partie médiane et moyenne plutôt un peu postérieure une zone irrégulière un peu allongée, au niveau de laquelle il y a de la décapillation et une légère infiltration évidemment fort ancienne de la muqueuse : il est probable qu'il y a eu en ce point de la sclérose syphilitique.

Vers la partie moyenne de la face interne du tibia droit qui semble bosselée dans son ensemble, se voit une tumeur un peu rosée, allongée dans le sens vertical, peu douloureuse spontanément, assez sensible à la pression, mais d'une manière variable selon les jours et donnant l'impression d'une lésion syphilitique. En arrière, vers le mollet, on en trouve deux autres plus petites.

Il y a quelques nævi disséminés çà et là sur les téguments. Toute la peau est un peu xérodermique et est criblée de nombreuses petites cicatricules de kératose pileaire.

La malade est extrêmement nerveuse ; elle s'émotionne avec la plus grande facilité : elle se plaint de vertiges, de maux de tête.

Les poumons présentent un léger degré d'emphysème ; le cœur est normal. Les digestions sont bonnes ; il y a un peu de constipation. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine : elles contiennent environ

pour 24 heures 12 grammes d'urée, 9 grammes de chlorures, un gramme de phosphates; on y trouve quelques leucocytes, des cristaux d'acide urique, d'oxalate de chaux et d'urate d'ammoniaque.

Nous avons déjà observé un cas analogue, mais dans lequel les plaques télangiectasiques ne présentaient ni taches blanchâtres d'aspect cicatriciel, ni desquamations; par contre, elles avaient envahi la presque totalité des téguments: il a depuis lors été publié par MM. Léopold Levi et Émile Lenoble, en 1896 (1<sup>er</sup> juillet, p. 318), dans la *Presse médicale*.

Nos premières recherches bibliographiques ne nous ont permis de relever que les cas suivants: 1<sup>o</sup> cas d'Hillairet dont nous n'avons pu trouver l'observation (moulages 599-611 du musée de l'hôpital Saint-Louis); 2<sup>o</sup> cas de Vincenzo Tanturri (*Il Morgagni*, L. XXI, p. 561, analysé par le Dr Jullien dans les *Annales de dermatologie*, 1880, p. 338); 3<sup>o</sup> cas de E. Vidal (Soc. médicale des hôpitaux, 11 juin 1880. Voir Comptes rendus, p. 186); 4<sup>o</sup> cas de P. A. Morrow (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, février 1894, p. 74); 5<sup>o</sup> cas double du Dr Gastou (*Société de dermatologie*, 8 février 1894). En y ajoutant celui de MM. L. Lévi et E. Lenoble et le cas que nous présentons aujourd'hui, nous arrivons au total vraiment modeste de huit cas publiés de télangiectasies généralisées en plaques.

Sur ces 8 cas on trouve deux hommes et six femmes. Il semble résulter de la lecture des diverses observations que l'on doit surtout incriminer dans le développement de ces curieuses lésions certaines modifications du système nerveux. Dans deux cas on a noté parmi les antécédents une syphilis acquise, dans un autre cas une syphilis héréditaire.

Mais nous devons reconnaître que les documents que nous possédons à l'heure actuelle ne sont pas suffisants pour nous permettre de donner une étude quelque peu sérieuse de ces lésions. Il semble que les divers cas que nous venons de citer ne sont pas absolument comparables entre eux:

Celui dont nous avons relaté l'histoire nous paraît assez remarquable pour vous être communiqué, car l'existence des taches blanchâtres d'aspect cicatriciel qui existent sur certaines des plaques, et de la desquamation lamelleuse qui se produit à leur niveau, semblerait prouver qu'elles sont le siège d'un certain processus inflammatoire. Il doit cependant être fort minime puisqu'elles disparaissent pour la plupart par la simple distension des téguments.

Certes on pourrait se demander si les petites taches blanchâtres ne sont pas des reliquats d'accidents cutanés antérieurs, si les plaques télangiectasiques ne sont pas consécutives à ces accidents cutanés anciens, ou bien si elles ne sont pas totalement indépendantes

de ces lésions. Ces interprétations nous paraissent difficiles à admettre. Ces taches blanchâtres ne peuvent évidemment pas être rattachées à la kératose pilaire et c'est la seule affection cutanée à tendances cicatricielles dont les téguments des membres inférieurs présentent des traces. D'autre part, la malade ne se souvient pas d'avoir jamais eu antérieurement la moindre éruption. Notre cas est le seul publié dans lequel on ait noté cette particularité de taches blanchâtres développées au niveau des plaques télangiectasiques ; mais nous l'avons relevée sur le moulage n° 599 du musée de l'hôpital Saint-Louis représentant la cuisse du malade d'Hillairet. Leur importance doit donc très probablement être assez considérable.

La malade de Tantarri présentait comme la nôtre de la desquamation à la surface de ses plaques télangiectasiques. Il aurait donc été fort important de pratiquer ici une biopsie et un examen histologique ; malheureusement cela ne nous a pas encore été possible ; si nous y arrivons, nous nous empresserons de communiquer à la Société les résultats obtenus. En effet, nous aurions voulu vérifier si notre cas est anatomiquement comparable au cas de M. le Dr Gastou dans lequel il n'y avait qu'un très léger degré d'infiltration embryonnaire du derme autour des vaisseaux de la région papillaire, pas de dilatations vasculaires et pas de modifications de l'épiderme, de telle sorte qu'on était conduit à considérer les lésions comme de simples troubles d'ordre vaso-moteur. D'après les particularités que nous venons de mettre en relief, il nous semble à priori fort difficile d'admettre qu'il en soit tout à fait ainsi pour notre malade. Et cependant nous croyons quand même que les troubles morbides d'ordre névropathique jouent ici un rôle prépondérant, comme l'indiquent l'effacement complet ou presque complet des taches par la pression, et leur développement à la suite de la ménopause et pendant une grave affection pleuro-pulmonaire ; nous pensons en outre qu'il faudra désormais rechercher dans les faits ultérieurs si une syphilis antérieure héréditaire ou acquise ne peut pas prédisposer au développement de semblables accidents.

Quoi qu'il en soit, il semble que notre malade et que celui de M. Hillairet constituent un type à part de télangiectasies bien caractérisé au point de vue évolutif par la formation au niveau des plaques de taches blanchâtres cicatricielles et de desquamations lamelleuses.

M. GASTOU. — Voici la suite de l'observation que j'ai faite il y a deux ans et à laquelle M. Brocq vient de faire allusion.

Le père, qui avait de la télangiectasie disséminée et de la paralysie générale spécifique, est mort à Sainte-Anne. Sa fille a eu 3 enfants. Le premier avait de la télangiectasie et est mort subitement, le second est mort aussitôt après sa naissance. Le troisième n'a pas de télangiectasie et présente une adénopathie cervicale.

**Lupus érythémateux avec squames psoriasiformes de la face et folliculis des mains.**

Par M. DU CASTEL.

M<sup>me</sup> X... est âgée de 44 ans ; sa santé habituelle est bonne ; elle habite la campagne aux environs de Péronne (Somme) où elle est occupée aux travaux des champs. Une de ses sœurs est morte de tuberculose pulmonaire ; un de ses enfants, âgé de 11 ans, est atteint d'adénite cervicale suppurée. La malade a eu six accouchements dans d'excellentes conditions ; cinq de ses enfants sont encore vivants.

Il y a huit ans, la malade eut aux jambes une éruption érythémateuse qui s'effaça rapidement. A l'époque menstruelle suivante, la face et le cuir chevelu furent envahis par un érythème en placards avec sensation de brûlure, œdème diffus de la face. Il y avait en même temps une grande gêne de la déglutition. Depuis lors la face est restée toujours malade, toujours rouge ; mais la rougeur n'offre pas toujours la même intensité, il y a succession irrégulière d'exacerbations et d'atténuations.

La malade aurait eu, il y a trois ans, un érysipèle avec forte fièvre et délire. C'est à cette époque que sont apparues les croûtes qui persistent encore actuellement et qui recouvrent la presque totalité de la face et lui donnent un aspect particulier. Ce sont des croûtes épaisses, graisseuses, jaunâtres, assez régulières d'aspect ; elles ont une forme rectangulaire, légèrement allongée, d'un bon centimètre dans leur plus grande longueur ; elles sont séparées par des intervalles d'un millimètre environ ; leur adhérence à la peau est grande. Leur disposition d'ensemble forme un carrelage régulier. Dans l'intervalle des croûtes, la peau est nettement cicatricielle par places, rouge vineux dans d'autres points. Les deux joues, le nez, le front sont envahis ; les deux oreilles sont recouvertes d'une peau cicatricielle. Sur le cuir chevelu, il existe un certain nombre de plaques cicatricielles et de taches érythémateuses recouvertes de squames fines et adhérentes.

Les muqueuses buccale et nasale sont saines.

Le dos des mains est parsemé de plaques érythémateuses avec squames adhérentes, de taches cicatricielles offrant le type net des lésions du lupus érythémateux du dos des mains. Ces lésions s'atténuent chaque été.

La paume des mains présente une lésion des plus intéressantes, elle est parsemée de taches cicatricielles et de plaques squameuses analogues à celles du dos des mains ; il y a en plus quelques petites nodosités inflammatoires incrustées dans le derme et rappelant les nodosités de la folliculite tuberculeuse dont la Société a discuté la nature dans sa précédente séance, mais n'ayant pas actuellement de point nécrotique central.

Rien de particulier à noter dans le reste de la santé de la malade, qui ne paraît pas atteinte de tuberculose pulmonaire.

Je crois que nous sommes incontestablement en présence d'un cas



de lupus érythémateux de la face et des mains que la disposition insolite des squames de la face et de quelques nodules inflammatoires de la paume des mains rend particulièrement intéressant.

### Deux cas de trichophytie des parties glabres.

Par M. DU CASTEL.

Les deux malades que j'ai l'honneur de présenter à la Société, me paraissent offrir deux formes intéressantes de trichophytie.

La première, cette enfant âgée de vingt mois, m'était amenée, il y a quelques jours, pour une éruption occupant surtout l'épaule droite en arrière et se prolongeant sur sa partie antérieure. L'éruption se compose de placards arrondis, dont un très étendu, et de lésions miliaires disséminées entre ces placards. L'élément dominant est la vésico-pustule ; c'est elle qui s'observe entre les placards ; ceux-ci sont formés par des agglomérations des mêmes éléments : sur chaque placard, la vésico-pustule est plus abondante à la périphérie, mais il n'y a pas là une ligne très étroite comme dans la trichophytie circinée, mais une bande de vésicules large d'un grand centimètre ; le centre de la lésion n'est pas à l'état de guérison comme dans la trichophytie circinée type ; il est semé d'un certain nombre de vésico-pustules assez volumineuses, à contenu jaunâtre. La lésion dans son ensemble constitue une sorte de folliculite agminée, atténuée, rappelle le macaron de la trichophytie équine plutôt que l'eczéma, avec lequel elle n'est cependant pas sans analogie. L'affection a débuté, il y a une quinzaine de jours, par une lésion grosse comme une tête d'épingle, dit la mère ; cette lésion siégeait au niveau du grand placard qui n'est qu'une extension de la lésion première. Toutes les autres lésions se sont semées depuis ; un fait remarquable, c'est que ces placards sont d'autant plus petits qu'on les examine plus loin du placard primitif. Il semble que les inoculations se font progressivement du point central, du placard initial, vers la périphérie et que les lésions soient d'autant plus jeunes, d'autant moins développées qu'on les examine plus loin du placard initial.

C'est l'aspect particulier de la lésion, en même temps que sa circonscription à une partie tout à fait limitée du corps, qui m'a fait penser à la possibilité d'une lésion parasitaire. J'ai eu recours à l'obligeance de M. Sabouraud pour juger en définitive cette hypothèse, et il a pu constater de la façon la plus manifeste l'existence d'une trichophytie cutanée.

La seconde malade est une jeune fille de 20 ans, d'une santé irréprochable, atteinte d'une lésion des mains qui a débuté il y a trois mois. Actuellement la paume des mains est couverte de plaques desquamatives sans phénomènes inflammatoires accusés. Au pourtour de chaque plaque,



il y a soulèvement de l'épithélium dans une largeur d'un à deux millimètres ; pas de vésicules appréciables, pas de suintement.

Trois ongles sont malades, la lésion est caractérisée par une infiltration et une dissociation partant du bord libre de l'ongle et gagnant progressivement la matrice.

Les analogies des lésions palmaires et de celles des ongles avec celles de la trichophytie de cette région m'ont conduit à penser que nous étions peut-être en présence d'une affection parasitaire.

N'ayant pu constater par les procédés ordinaires et rapides l'existence du trichophyton, j'ai eu recours à la compétence de notre collègue, M. Sabouraud, qui n'a pas été plus heureux ; mais il partage cependant mon opinion que nous sommes probablement en présence d'un cas de trichophytie, et il a fait une culture dont je communiquerai les résultats à la Société dans la prochaine séance, car cette culture est encore trop récente pour avoir pu donner des résultats.

M. FEULARD. — En ce qui concerne la première malade, le diagnostic de trichophytie me paraît encore actuellement facile à faire. La lésion est en effet assez étendue, mais les vésico-pustules qui la bordent et y sont disséminées répondent aux lésions qui ont valu à la trichophytie de la peau le nom d'herpès circiné.

M. DU CASTEL. — J'insiste sur ce fait qu'au début les lésions consistaient en un véritable macaron comme dans la trichophytie équine ; c'est peu à peu que les vésiculettes se sont étendues en nappe.

M. HALLOPEAU. — En ce qui concerne la seconde malade présentée par M. Du Castel, il me paraît difficile d'affirmer qu'il s'agisse de trichophytie. Une forme d'eczéma chronique pourrait déterminer des lésions semblables.

M. TENNESON. — En général dans ces formes kératosiques jeunes et superficielles de la trichophytie, le parasite est facile à trouver. Comme il n'en a pas été ainsi, il est probable que cette lésion n'est pas trichophytique.

M. BESNIER. — La nature et l'origine de cette trichophytie ont-elles été recherchées ?

---

**Cicatrice chéloïdienne de la région présternale consécutive à une cautérisation par la teinture d'iode.**

Par M. GEORGES THIBIERGE.

Le cas de la malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société n'offrirait aucun intérêt, n'était l'étiologie de la cicatrice chéloïdienne qu'elle porte sur le thorax.

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, que je traite depuis 3 semaines à la

policlinique dermatologique de l'hôpital de la Pitié. Cette jeune fille présente, à la partie moyenne de la région présternale, une cicatrice saillante d'aspect absolument chéloïdien, à savoir une bride transversale mesurant environ 16 millimètres de hauteur et 3 de saillie, correspondant au sternum et munie de deux prolongements latéraux bridés et irréguliers, atteignant au maximum 5 centimètres de hauteur et 3 centimètres de largeur; à gauche, le prolongement s'étend dans la région sus-mammaire jusqu'à 6 centimètres de la ligne médiane et un petit noyau chéloïdien se voit un peu au-dessus de son extrémité externe; les portions saillantes sont entourées sur presque toute leur étendue d'une bande cicatricielle gaufrée mesurant au maximum 5 millimètres de large.

La malade rapporte de la façon suivante les conditions de développement de cette chéloïde.

Il y a 7 mois, toussant depuis quelques jours, elle alla consulter un pharmacien, lequel lui conseilla de faire sur le devant de la poitrine une application de teinture d'iode et lui vendit, pour la somme de 15 centimes, la quantité de ce produit qu'elle devait employer; rentrée chez elle, elle versa le contenu du flacon sur un morceau d'ouate et appliqua celui-ci sur le devant de la poitrine. Toute la nuit, elle éprouva à ce niveau une douleur assez intense et le lendemain y constata la présence d'une croûte noirâtre, correspondant à peu près aux dimensions de la chéloïde actuelle et au-dessous de laquelle se voyait une couche de pus. Sur le conseil du même pharmacien, elle appliqua un cataplasme de farine de lin qui amena, au bout de deux jours, la chute de la croûte; à sa place était une ulcération offrant une configuration semblable à celle de la chéloïde actuelle; cette ulcération était le siège d'un bourgeonnement assez prononcé et, au dire de la malade, aurait présenté une saillie identique à celle de la chéloïde; néanmoins, elle se serait réparée au bout d'une huitaine de jours.

Dès la chute de la croûte, la lésion était le siège de douleurs assez vives, qui ont toujours persisté depuis lors, se produisant à la moindre pression et qui amènent la malade à réclamer de nous un moyen de la soulager.

La malade, lorsqu'on lui présente un flacon de teinture d'iode, reconnaît la couleur et l'odeur de ce produit comme étant celui de la substance qu'elle a employée, mais déclare que celle-ci avait une odeur plus forte que la teinture d'iode de l'hôpital. J'ai envoyé deux personnes différentes, chez le pharmacien que la malade m'avait désigné comme lui ayant vendu le produit incriminé, acheter pour 15 centimes de teinture d'iode: à l'une, il a été remis un flacon contenant 8 grammes d'une teinture d'iode d'odeur plus accusée que celle de l'hôpital; à l'autre, qui a fourni le flacon comme l'avait ma malade, il a été remis 15 grammes de la même préparation.

Sur aucun point du corps, on ne trouve de trace de chéloïde: au niveau du lobule des oreilles dont la perforation est aujourd'hui comblée, on sent seulement un petit nodule dur, un peu plus gros à droite où il ne dépasse pas le volume d'un petit grain de plomb et auquel il n'est pas possible de donner le nom de chéloïde.

En résumé, il s'agit d'une cicatrice chéloïdienne de la région sternale, c'est-à-dire du lieu d'élection des chéloïdes, consécutive à une brûlure au 2<sup>e</sup> ou au 3<sup>e</sup> degré par de la teinture d'iode appliquée d'une façon défectueuse. Précisément parce que le mode d'emploi ici usité de la teinture d'iode est anormal et exceptionnel, cette observation vient confirmer la remarque faite dans la dernière séance par M. Besnier, à propos d'une malade présentée par M. Feulard, que les chéloïdes consécutives à l'application de la teinture d'iode sont d'une extrême rareté et que la plupart de celles qui ont été signalées sont étiologiquement discutables. Dans le cas actuel, je crois m'être entouré de précautions suffisantes pour pouvoir affirmer que la préparation pharmaceutique était bien la teinture d'iode.

**Un nouveau cas de folliculites disséminées prédominant aux mains et aux oreilles chez un sujet atteint de polyadénopathies tuberculeuses.**

Par M. GEORGES THIBIERGE.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société offre un nouvel exemple de l'affection désignée sous les noms divers de folliculis, de folliculites disséminées, d'hidradénite suppurative et que M. Darier a proposé, dans la dernière séance, de dénommer tuberculeuse. Son observation viendra, en s'ajoutant à celles des malades présentés aux précédentes réunions, par MM. Hallopeau, Darier, Danlos, Tenneson, montrer que ce type clinique est loin d'être une rareté et se présente dans des conditions fort identiques.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, exerçant la profession de voyageur de commerce, qui est venu me consulter hier à la polyclinique dermatologique de l'hôpital de la Pitié, pour des accidents nerveux semblant relever de la neurasthénie, sur lesquels je ne veux pas insister ici, et en outre pour les lésions cutanées sur lesquelles je désire appeler votre attention.

Il présente sur la face dorsale des mains, principalement au voisinage des articulations métacarpo-phalangiennes, vers le bord interne de la main et au niveau du 2<sup>e</sup> métacarpien, ainsi que sur la face dorsale et les bords latéraux des 4 derniers doigts et sur la face palmaire de l'auriculaire droit, des lésions caractérisées de la façon suivante à leurs différents stades dont on trouve actuellement tous les spécimens : au début, et ce stade peut être étudié sur deux éléments apparus depuis deux jours sur la main droite, il se forme une petite saillie rouge clair, centrée par une pustulette acuminée, saillie du volume d'une grosse tête d'épingle en verre, de consistance ferme. Au bout de quelques jours, la saillie devient

un peu violacée, sa consistance est plus ferme, elle représente alors un grain de plomb enchâssé dans le derme ; la pustule s'élargit légèrement et en même temps s'aplatit, donnant à certains éléments un aspect qui rappelle celui d'une vésicule herpétique suppurée. Plus tard, encore, la pustule se rompt, elle est remplacée par une croûte brune, assez adhérente, autour de laquelle la saillie dure précédemment décrite forme une sorte de cratère de consistance ferme, fibreuse. Enfin, le dernier terme de la lésion est constitué par une cicatrice régulièrement arrondie, légèrement déprimée, rappelant celle de l'acné nécrotique, d'abord entourée d'une zone rougeâtre ou légèrement pigmentée, finalement blanche. Au dire du malade, l'évolution des éléments, jusqu'à la formation de la cicatrice, dure un mois.

Les mains sont le siège d'une assez notable congestion passive avec algidité.

Les avant-bras ne présentent aucune lésion analogue à celles des mains.

A la partie postérieure des coudes, on voit quelques éléments analogues à ceux des mains, mais plus aplatis, à contours moins bien délimités, de consistance moins ferme et constitués surtout par une croûte grisâtre ou brunâtre, entourée d'une zone rouge bleuâtre.

Les pieds ne sont le siège d'aucune lésion et ne présentent pas de traces d'asphyxie locale. A la partie externe de la région poplitée gauche, 6 ou 7 éléments dont deux seulement sont en activité et constitués par une pustule de la largeur d'une grosse tête d'épingle en verre reposant sur une base rouge et légèrement infiltrée, tandis que les autres ne sont plus représentés que par une cicatrice légèrement déprimée et fortement pigmentée. Un élément pustuleux au-devant de la rotule gauche.

Aux fesses, un certain nombre d'éléments rouges, saillants, infiltrés, quelques-uns centrés par une pustulette très nette ; ces éléments mesurent la largeur d'une grosse lentille.

Dans le dos, au milieu des cicatrices d'acné ancienne, de comédons et de pustules acnéiques peu développées et à base non infiltrée, on voit 5 ou 6 éléments ayant le même aspect que ceux des fesses.

Les oreilles offrent, sur toute l'étendue de l'ourlet, principalement à son bord interne, et à la partie externe de la conque, un nombre considérable d'éléments analogues à ceux des mains ; ici, cependant, le processus pustuleux est moins net et, sur un certain nombre d'éléments, il semble faire défaut, ceux-ci étant constitués en apparence uniquement par une saillie rouge, arrondie, semblable à celle d'un grain de plomb ; un très petit nombre d'entre eux sont centrés par une pustulette ; à ces éléments sont entremêlées un certain nombre de petites cicatrices déprimées.

Les lésions cutanées que je viens de décrire auraient débuté par les oreilles en 1870 : à cette époque, le malade a eu les oreilles gelées et depuis lors il aurait eu constamment à ce niveau des lésions semblables à celles que nous constatons aujourd'hui ; depuis la même époque, le moindre frottement au niveau des oreilles est douloureux ; cette sensation pénible est plus prononcée en hiver qu'en été.

Quant aux mains et aux genoux, seules régions où le malade ait

remarqué l'éruption, ils n'ont commencé à être atteints qu'au mois de juillet dernier et, jusque-là, n'avaient jamais été le siège d'engelures.

Depuis 1893, le malade est atteint d'adénopathies de l'aisselle droite et de la partie latérale droite du cou. Dans ces deux régions, on constate l'existence de nombreux ganglions volumineux, non suppurés, présentant tout l'aspect de la forme pseudo-lymphadénique de la tuberculose ganglionnaire.

Il ne présente, à la percussion et à l'auscultation, aucun signe de tuberculose pulmonaire.

C'est un homme grand, dont les doigts et les orteils, rappelant ceux des acromégaliques, semblent presque appartenir à un géant.

Au milieu d'antécédents morbides assez complexes, il convient de signaler une syphilis remontant à 12 ans, qui a donné lieu à la production de gommès précoces et pour laquelle le malade, quelque peu syphilophobe, a suivi à plusieurs reprises des traitements iodurés : au mois de juillet dernier, peu avant l'apparition des lésions cutanées aux mains, il venait de subir 8 injections de biiodure de mercure.

Ces lésions seront l'objet d'une série de recherches histologiques, bactériologiques et expérimentales, que je communiquerai à la Société. Aujourd'hui j'ai voulu seulement faire connaître ce nouveau cas, sans entrer dans la discussion pathogénique d'une affection encore fort obscure.

#### **Sur un cas de mycosis fongoïde avec masque spécial et prurigo.**

Par H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

Voici, depuis moins d'un an, le troisième cas de cette maladie que nous avons l'honneur de vous présenter ; comme les deux précédents, et, d'une manière générale tous ceux que nous avons observés à Saint-Louis dans ces dernières années, il offre des particularités dignes d'attention.

Son histoire peut se résumer ainsi qu'il suit :

Jean G..., 48 ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 11 janvier 1896, salle Bazin, lit n° 43.

Cet homme ne présente rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Son affection actuelle a débuté, il y a six ans, par une plaque rouge, érythémateuse, extrêmement prurigineuse, située à la partie moyenne de la région antérieure de la jambe gauche. Pendant quatre mois cette tache reste unique, s'agrandissant un peu, puis il se développe une nouvelle plaque en un point symétrique sur la jambe droite. Ensuite l'érup-

tion s'étend sur toute la surface du corps ; par suite du grattage, plusieurs de ces plaques s'ulcèrent. La face a été prise il y a deux ans. Depuis le début de l'affection, les lésions ont été plus ou moins accentuées, de nouvelles taches se développant alors que les anciennes s'effaçaient, mais jamais elles n'ont complètement disparu. Les démangeaisons ont toujours été très vives, empêchant le sommeil.

Voici actuellement l'aspect que présente ce malade. La face est recouverte d'un véritable masque et, dans sa partie supérieure, il ne persiste entre les lésions que de très rares et très petits espaces de peau saine. Ce sont de larges placards, de couleur rouge pâle, surélevés, limités par un bord également surélevé ; à contours très irréguliers, et nettement limité. A leur niveau, la peau est infiltrée, épaissie, comme œdémateuse ; les plis naturels y sont plus nombreux, plus évidents et il existe une légère desquamation. Le front est pris dans toute son étendue ; au-dessus de chaque sourcil persiste seulement une mince bande de peau normale. Du côté du cuir chevelu, la limitation de cette plaque n'est pas nette, elle y pénètre par places plus ou moins profondément. Les paupières sont atteintes dans toute leur étendue ; elles sont rouges, œdémateuses, et il existe une légère blépharite ; au-dessous de la paupière gauche, se trouve une plaque en forme de virgule, plus saillante, plus infiltrée, formant presque une petite tumeur sur le fond rouge, érythémateux ; sur la paupière elle-même, existe un autre petit tubercule arrondi, de la dimension d'un pois. Les joues sont aussi très atteintes, recouvertes de larges taches rouges ne respectant que leur partie centrale. Sur la partie inférieure de la face, les lésions sont moins accentuées, les placards beaucoup moins étendus ; on y trouve surtout des taches arrondies ou irrégulièrement ovalaires, d'un à deux centimètres de diamètre, et irrégulièrement disséminées. Les oreilles sont saines, mais, dans les régions rétro-auriculaires et la peau est rouge, infiltrée, les cheveux sont très raréfiés, très fins et on aperçoit par places dans le cuir chevelu de petites taches rosées, non saillantes, au niveau desquelles existe une alopécie presque complète. Sur le cou, l'éruption se présente sous forme de taches arrondies ou un peu ovalaires, indurées, de couleur rouge foncé à leur partie centrale, plus pâle au contraire à la périphérie.

Les mêmes éléments sont disséminés sur le tronc ; ils sont très variables comme dimensions ; au-devant de l'aisselle droite se trouve, un grand médaillon, allongé verticalement, mesurant 6 centim. sur 5, de couleur rouge brunâtre ; dans son aire, se trouve 3 ou 4 petites plaques plus foncées, saillantes, infiltrées et légèrement desquamantes. Dans le dos, en plus des mêmes éléments, on aperçoit quelques taches de forme circinée, formées d'un anneau érythémateux entourant une partie centrale de tissu normal ; on y voit aussi de nombreux comédons et des papules d'acné.

Sur les membres, les mêmes taches sont disséminées sans ordre, variant comme couleur et comme dimensions, mais rappelant toutes l'aspect objectif décrit précédemment.

Au niveau du pubis et des aisselles, les poils sont très raréfiés. Il existe une adénopathie axillaire assez prononcée ; on y sent de nombreux



ganglions du volume d'une noisette environ ; aux aines, l'adénopathie est moins accentuée.

Il n'existe actuellement et il n'y a jamais eu aucune lésion buccale.

Cette éruption est excessivement prurigineuse ; le malade ne cesse de se gratter et l'on constate sur tout le corps, surtout au niveau du tronc et des cuisses, de nombreuses lésions de prurigo sous forme, soit de traînées linéaires, soit de papules rouges, avec croûtelles noirâtres.

Cette affection n'a pas beaucoup retenti jusqu'à présent sur l'état général du malade, bien qu'il dise avoir maigri depuis quelques années ; l'on ne constate aucune altération viscérale.

Nous n'insisterons pas sur les difficultés qu'a présenté le diagnostic au début et qui ont conduit des médecins très expérimentés à traiter successivement le malade pour un eczéma et pour un psoriasis : chacun sait que c'est la règle pour cette maladie.

L'altération des traits est des plus remarquables chez ce malade : l'envahissement de la face dans la presque totalité de sa moitié supérieure par les placards rouges et saillants, très peu squameux, à contours nettement limités, très irréguliers, parfois en forme de grosse virgule, ainsi que la rougeur et la bouffissure des paupières, donnent à la physionomie un aspect étrange rappelant celui qu'offrait une malade étudiée par l'un de nous comme atteinte d'un lupus érythémateux à forme aiguë.

Les cheveux présentent la même altération que dans les formes érythrodermiques généralisées, bien que la dermatose ne se manifeste au cuir chevelu que sous la forme de taches rosées, non confluentes.

Un fait des plus exceptionnels chez ce malade est le prurigo : l'un de nous a insisté à plusieurs reprises sur l'absence de cette affection chez les mycosiques, malgré l'énorme intensité qu'y atteignent souvent le prurit et le grattage ; il est de règle, en particulier, que les « hommes rouges », malgré des grattages réitérés et frénétiques, restent indemnes de ce prurigo ; nous avons rattaché à une altération dans la structure du corps papillaire l'absence en pareil cas de ce phénomène de réaction ; sans doute, chez notre sujet, les intervalles de peau interposés aux lésions restent exempts de cette altération, bien que, l'existence du prurit indique que déjà conformément aux vues de Leredde, la maladie s'y développe à l'état latent.

Nous signalerons enfin la conservation chez ce malade d'un état de santé générale relativement satisfaisant.

M. BESNIER. — Comme traitement en un tel cas, on est autorisé à chercher en dehors des chemins déjà parcourus, car il n'existe pas encore pour le mycosis de médicament patenté. Nous avons vu dans la lèpre des médicaments inattendus comme le Hoang-Nan, produire un certain effet curatif, aussi je proposerais l'essai de cette substance dans le mycosis.



M. HALLOPEAU. — Conformément à l'indication fournie à cet égard par M. Besnier pour un autre malade, nous soumettons, depuis quelques jours, celui-ci à cette médication.

### Sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques.

Par H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

Ce fait se rapproche beaucoup des affections dites « *folliclitis* » dont nous nous sommes occupés récemment et il appartient en toute évidence à la même famille.

L'éruption y est en effet essentiellement constituée par des infiltrations nodulaires qui deviennent, dans leur partie centrale, le siège d'une pustulette, laquelle se dessèche en croûtelles et laisse à sa suite une petite dépression cratériforme, à bords taillés à l'emporte-pièce ; il en résulte la formation d'une cicatrice que ses petites dimensions et la netteté de ses bords rendent également caractéristique ; comme dans l'observation de M. Barthélemy, ces éléments sont tantôt isolés, tantôt agminés ou conglomérés en groupes simulant des placards de tuberculose verruqueuse ; ce qui les différencie de ceux de la folliclitis, c'est leur siège primitivement plus superficiel ; cette éruption est également intéressante par son abondance et ses localisations.

Nous résumerons ainsi qu'il suit l'histoire du malade.

François D..., âgé de 33 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin, lit n° 52, le 21 décembre 1896.

Une de ses sœurs est morte de méningite.

Il a été sujet aux maux d'yeux pendant son enfance ; à partir de l'âge de 10 ans, il a eu, au cou, des *glandes* qui n'ont jamais complètement disparu depuis ; vers la même époque, il reçut un corps étranger dans l'œil gauche, amenant une opacité de la cornée qui a beaucoup compromis la vue de ce côté.

Au mois de janvier 1896, les ganglions du cou augmentèrent de volume, plusieurs s'ulcérèrent et depuis un certain nombre ont toujours continué à suppurer.

C'est, il y a deux mois, qu'apparut pour la première fois l'éruption pour laquelle le malade vient consulter aujourd'hui ; elle débute par la face antéro-interne des cuisses sous forme de petits éléments rouges, acuminés, avec suppuration centrale, ne déterminant aucune sensation spéciale au malade ; depuis quinze jours, l'éruption s'est répandue sur la plus grande partie du corps.

Le malade n'a jamais été sujet aux engelures, et l'on ne constate pas chez lui d'asphyxie locale ou de troubles circulatoires des extrémités.

*État actuel.* — Cet homme présente une adénopathie sous-maxillaire

extrêmement prononcée. Du côté droit, on aperçoit deux cicatrices anciennes et l'on sent de nombreux ganglions dont deux très volumineux ; à gauche, les lésions sont encore plus accentuées : il existe, de ce côté, toute une zone, parallèle au maxillaire inférieur, où les tissus sont rouges, épaissis, infiltrés et parsemés d'orifices par lesquels s'écoule un pus granuleux, blanchâtre, provenant de ganglions suppurés : dans la région de la nuque existent également de nombreux ganglions, mais on ne constate pas d'adénopathies axillaires ni inguinales.

L'éruption que présente ce malade est généralisée sur tout le corps : cependant elle est beaucoup plus abondante sur les membres que sur le tronc. Elle est formée d'éléments qui débütent sous forme d'une petite papule, légèrement saillante, acuminée, de la dimension d'une fine tête d'épingle, de couleur rouge pâle ou rosée et présentant bientôt à son sommet un petit soulèvement épidermique, une petite vésico-pustule à contenu jaunâtre. Se développant profondément dans le derme, ces éléments, à mesure qu'ils augmentent de volume, prennent une coloration plus foncée ; ils deviennent rouge vif, ou même violet, de teinte livide, surtout aux membres inférieurs ; ils forment alors une notable saillie au-dessus de la peau, rappelant un peu l'aspect de l'acné et peuvent atteindre la dimension d'un gros pois. A leur sommet, existe une pustule contenant une goutte de pus jaunâtre et dont la surface présente à sa partie centrale une petite dépression, une sorte d'ombilication. Autour de la papule rouge foncée, existe toute une zone assez large, érythémateuse. Lorsque la pustulette commence à se dessécher, si on vient à l'ouvrir, on met à nu une dépression profonde, une sorte de petit cratère à bords taillés à pic, pénétrant d'environ deux millimètres dans le derme et donnant issue à un peu de sang. A mesure que se fait la dessiccation, une croûte mince, jaunâtre, se forme au niveau de la pustule, en même temps que se fait une légère desquamation sur toute la superficie de la papule. Après la dessiccation complète, les éléments conservent leur teinte rouge intense. Lorsque la croûte est tombée, on voit une cicatrice profonde, déprimée, à bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, de forme arrondie ou ovale, pigmentée, brunâtre et entourée elle-même d'une zone de pigmentation. Ces cicatrices sont variables comme dimension suivant le développement qu'avait pris l'élément qui leur a donné naissance.

Cette éruption est formée en grande partie d'éléments isolés, disposés sans ordre ; cependant en certains endroits, notamment au niveau des poignets et des genoux, ils se réunissent de façon à former des groupes conglomérés, de un à deux centimètres de diamètre, à contours extrêmement irréguliers. Ces placards, surélevés au-dessus de la peau saine, présentent une teinte rouge foncée analogue à celle des éléments isolés ; ils sont légèrement indurés et offrent parfois l'aspect d'une tuberculose verruqueuse. Suivant l'âge de la lésion, la surface de ces plaques présente, soit un certain nombre de pustulettes, soit des croûtelles, soit des cicatrices déprimées, taillées à pic ; reposant sur une tache pigmentée, certaines d'entre elles présentent des cicatrices dans leur partie centrale, tandis qu'à leur périphérie existe toute une zone d'éléments encore en pleine activité.

Cette éruption n'est ni prurigineuse, ni douloureuse ; ce n'est qu'à cause de sa localisation aux pieds que le malade a dû interrompre son travail.

*Répartition des lésions.* — Les lésions sont disposées d'une façon symétrique presque absolue.

*Membre supérieur droit.* — Sur le bras, les éléments, rares à la face interne, sont plus nombreux à la face externe, et deviennent beaucoup plus abondants au niveau du coude ; le pli du coude en est complètement dépourvu. Sur l'avant-bras, l'éruption est plus accentuée à la face externe qu'à la face interne. Sur le bord interne de l'avant-bras, au-dessus du poignet, se trouve un petit placard d'éléments agminés, formant une plaque allongée, irrégulièrement ovale, d'environ un centimètre et demi de long, surélevée, indurée, de couleur rouge foncée. Sur la face dorsale de la main, près de son bord cubital, on trouve un élément guéri et deux autres en pleine activité ; il en existe également deux sur l'index et l'on voit un certain nombre de cicatrices anciennes, blanches, dépigmentées sur les autres doigts. Rien à la face palmaire. Ces éléments de la main rappellent tout à fait les éléments de follicles de la même région.

*Membre supérieur gauche.* — Les lésions y sont identiques aux précédentes ; il existe sur le bord cubital de l'avant-bras un placard symétrique à celui du côté opposé.

En dehors des éléments semblables à ceux que nous avons décrits plus haut, on en voit sur ces membres un certain nombre d'autres qui restent beaucoup plus petits, mais n'en laissent pas moins à leur suite de petites cicatrices déprimées punctiformes.

*Membre inférieur droit.* — Sur la cuisse, l'éruption est très abondante et on aperçoit une quantité considérable de cicatrices taillées à l'emporte-pièce, les unes pigmentées, les autres blanches, d'autres enfin dépigmentées, mais entourées encore d'une zone de pigment. Dans la région du genou, la plupart des éléments sont réunis pour former des plaques ; c'est dans cette région que les éléments agminés sont le plus nombreux ; ils forment des placards à contours extrêmement irréguliers, pouvant atteindre deux centimètres de dimension en moyenne ; leur couleur est rouge foncé ; un certain nombre d'entre eux sont guéris et ne présentent plus que des cicatrices déprimées reposant sur un fond livide. L'éruption a respecté le creux poplité. A la jambe elle est très peu abondante, surtout à sa partie moyenne ; sur le pied, au contraire, elle est extrêmement prononcée. Au niveau de sa face dorsale, dans la région tarso-métatarsienne, les éléments très nombreux, quoique un peu irrégulièrement disposés, semblent cependant former des sortes de lignes concentriques allant du bord externe du pied vers l'interne ; ils s'étendent également sur les deux malléoles et à la face postérieure du pied au niveau du tendon d'Achille. On trouve des éléments de tout âge et de toute dimension, les uns, au début, sont acuminés et présentent une pustulette centrale ; les autres plus considérables atteignent le volume d'un pois et davantage ; les uns sont isolés, les autres agminés ; certains présentent encore leur pustule ; sur d'autres, la croûte a été enlevée et laisse voir l'excavation centrale ; enfin au milieu de tous ses éléments en pleine activité, se trouve une

quantité de cicatrices pigmentées, déprimées, profondes, taillées à pic, variant comme dimensions d'une tête d'épingle à une lentille et même plus ; les plus grandes présentent parfois un bord polycyclique résultant de la fusion de plusieurs nodules.

Aucun élément à la plante du pied.

*Membre inférieur gauche.* — La répartition et l'aspect des lésions y sont très analogues ; sur la face dorsale du 2<sup>e</sup> orteil on voit deux nodules et un sur la face dorsale du 4<sup>e</sup> ; il en existe aussi quelques-uns sur le bord interne du pied et un à la face plantaire.

*Tronc.* — Le thorax est à peu près indemne aussi bien en avant qu'en arrière et sur les côtés. Sur l'abdomen, les éléments, assez nombreux sont en général isolés ; à l'entrée du malade, ils remontaient à peu près jusqu'au niveau d'une ligne passant par l'ombilic ; depuis ils ont augmenté et s'étendent maintenant jusqu'aux fausses côtes. En arrière, l'éruption très abondante au niveau des fesses remonte jusqu'à la partie supérieure de la région lombaire ; elle est surtout accentuée sur les côtés, il n'y a pas d'éléments sur la ligne médiane. Sur la verge, on voit également un certain nombre de cicatrices excavées, et, sur le gland, à côté de cicatrices anciennes, très profondément déformées, existent actuellement deux nodules suppurés.

*Tête.* — Rien à la face, au cou ni dans le cuir chevelu ; aucune éruption dans la bouche.

*Etat général.* — Le malade paraît un peu affaibli, déprimé, mais l'examen de ses différents organes n'a rien décélé de particulier. Il ne tousse pas et l'auscultation minutieuse de ses poumons n'a pas permis d'y trouver de signes de bacillose.

Le nom de *tuberculides*, donné par M. Darier aux éruptions de cette nature, nous paraît des mieux appropriés et nous n'hésitons pas à l'adopter ; il remplace avec avantage l'ancienne dénomination de *scrofulides* ; il établit les analogies pathogénétiques et cliniques qui rapprochent ces manifestations de celles de la syphilis.

La nature tuberculeuse de cette éruption ne nous paraît pas devoir être mise en doute ; les caractères cliniques que nous avons reconnus aux éléments éruptifs, établissent leur parenté avec les boutons de folliclitis, boutons dont l'origine tuberculeuse est établie aujourd'hui ; d'autre part, il existe chez ce sujet une tuberculose ganglionnaire des plus prononcées.

Nous ferons remarquer à cet égard que les éruptions dites *folliclitis*, se rencontrent surtout chez les sujets atteints de tuberculose ganglionnaire.

Nous avons vu que l'on pouvait se demander en examinant certains placards s'il ne s'agirait pas de petits foyers de tuberculose verruqueuse : la couleur, la forme, la profonde infiltration dermique, l'existence de nodules, leur consistance ferme pourraient donner lieu à cette confusion ; mais un examen attentif permet de reconnaître

que, chez notre malade, les placards sont constitués par l'agglomération d'éléments primitifs dont chacun est encore reconnaissable, soit à la présence dans sa partie centrale d'une gouttelette de pus, soit à un pertuis taillé à l'emporte-pièce, soit à petite cicatrice à bords abrupts et taillés à pic.

Un examen ultérieur nous permettra d'établir quel est le siège initial des lésions ; nous pouvons, dès à présent, affirmer que conformément à nos recherches antérieures, les glandes sébacées n'en sont pas tout au moins le siège exclusif ; nous en avons pour garant la présence de nodules à la plante des pieds.

M. BARTHÉLEMY. — Le cas que vient de vous montrer M. Hallopeau est très remarquable non seulement par ses caractères objectifs, mais encore par sa rareté. Or il est vraiment curieux que des cas, ordinairement si peu fréquents, se présentent à l'observation maintenant, presque à chaque séance ; je m'en réjouis fort, pour ma part ; mais que je trouve toujours difficile l'interprétation de ce dernier fait ; à vraiment parler, il ne se range complètement dans aucune des deux classes que j'ai distinguées.

Nulle part, je ne trouve les nodosités sous-cutanées qui précédaient toujours les éléments éruptifs dans les cas d'acnitis. D'autre part, les éléments sont disséminés sans doute, sur une grande étendue du tronc et des membres inférieurs ; mais ils n'occupent pour ainsi dire que la moitié inférieure et sous-ombilicale du corps. Or dans les cas d'acnitis, l'éruption est généralisée et procède à la manière d'une dermatose due à une intoxication, c'est-à-dire par poussées successives, mais aiguës.

D'autre part, tout en n'étant pas généralisée, l'affection aujourd'hui présentée n'est pas circonscrite, localisée, groupée comme dans la folliclis. Les pustules ne sont ni aplaties, ni larges, ni ombiliquées comme dans cette dernière affection. Enfin et surtout, l'éruption ne date que de 18 mois, je crois, ce qui est la durée la plus longue de l'acnitis ; mais ce qui est trop court pour la folliclis dont la durée est essentiellement chronique, allant jusqu'à 10 ans, dans les faits que j'ai décrits.

De grandes différences existent donc entre ces divers cas ; ai-je eu raison de nettement distinguer ces deux types bien tranchés ? je le crois encore : ou bien, faut-il de nouveau les confondre, et entre eux et avec les cas qu'on nous montre depuis quelque temps, sans que pourtant la ressemblance avec les types choisis soit complète ? voilà ce que les observations ultérieures viendront démontrer. Jusqu'à nouvelle démonstration, je crois qu'il ne faut pas identifier tous ces cas, mais s'efforcer de bien établir entre eux le *diagnostic différentiel*, surtout avec ceux qui sont les compagnons ou les conséquences des lésions tuberculeuses.

M. LEREDDE. — Cette éruption présente des éléments à l'état aigu, rouges, congestifs, d'autres sont éteints, violacés. La concomitance de ces lésions aiguës et anciennes est un élément de diagnostic avec la syphilis.

M. MORY. — La généralisation des lésions semble indiquer qu'il y a

pénétration de bacilles tuberculeux dans le sang et dissémination consécutive. Il y aurait intérêt, dans ces cas, à rechercher avec insistance le bacille de Koch dans le sang.

### Nouveau fait pour servir à l'histoire des tuberculides

Par M. Brocq.

Je regrette de ne pas avoir fait venir à Saint-Louis, pour la présenter à la Société, une jeune fille qui est venue me consulter il y a huit jours à la policlinique dermatologique de l'hôpital Pascal. Elle aurait été, ce me semble, fort intéressante à rapprocher du cas de M. le Dr Hallopeau et des cas sur lesquels mon excellent ami le Dr Darier a étayé sa communication si remarquable de la dernière séance.

Voici fort résumée l'observation de cette malade que nous nous proposons de publier plus tard *in extenso*, M. le Dr Veillon et moi.

C'est une jeune fille de 20 ans, jusqu'alors bien portante, sans antécédents de tuberculose dans sa famille, ayant eu pendant son enfance beaucoup d'engelures aux mains, et en ayant encore aux pieds : on constate, chez elle, les lésions de début de l'angiokératome sous forme de points télangiectasiques aux oreilles, aux mains et aux pieds.

Elle a une kératose pileaire accentuée des membres et de l'asphyxie locale des extrémités. L'auscultation ne décèle rien d'anormal ni du côté du cœur, ni du côté des poumons, mais elle a d'assez nombreux ganglions cervicaux dont elle ne s'était d'ailleurs jamais aperçue, et elle a maigri depuis quelques mois.

Il y a six mois environ, sans aucune cause appréciable, elle a vu survenir brusquement sur le nez une éruption analogue à celle qu'elle présente en ce moment ; puis, après quelques semaines, la guérison se produisit sans la moindre intervention médicale.

Il y a environ six semaines, toujours sans cause appréciable, elle a vu survenir, mais avec une réelle intensité, une deuxième éruption qu'elle présentait dans toute sa violence il y a huit jours, lorsque nous l'avons vue pour la première fois. L'élément éruptif initial est un petit élément papulopustuleux, d'abord assez nettement inflammatoire, d'un rose assez vif, donnant au doigt une sensation d'infiltration ; puis assez rapidement la rougeur devient plus sombre, plus livide, elle tend à s'effacer ; il se forme au centre une croûte arrondie, de la grosseur d'une tête d'épingle, assez adhérente : quand on l'enlève on trouve au-dessous le derme d'un rouge vif, ou un peu sombre, et au centre, une toute petite dépression.

Ces éléments sont discrets, isolés, ou agminés, et dans ce cas ils forment par confluence des plaques irrégulières, arrondies, ovalaires, des traînées plus ou moins droites ou incurvées. Ces traînées et ces plaques



que l'on observe aux mains et aux doigts, face dorsale et surtout face palmaire, ont une teinte d'un rouge un peu livide ou brunâtre ; leur surface est irrégulière, déchiquetée, un peu hyperkératosique et leur aspect rappelle dans son ensemble le lupus érythémateux.

Les localisations de ces lésions sont les suivantes : le cuir chevelu où elles se trouvent circonscrites en deux groupes, au niveau desquels la peau est d'un rouge assez vif, déchiquetée, déprimée, alopécique et offre absolument l'aspect de plaques d'un lupus érythémateux : je mets au défi quiconque ne verrait que ces lésions de faire un autre diagnostic : les oreilles où elles occupent la partie inférieure de la conque et le lobule : il y a en ces points beaucoup de télangiectasies ; le nez où elles ne forment qu'une plaque minuscule ; les pommettes où elles constituent deux groupes des plus remarquables de 3 à 4 centimètres au moins de diamètre et où les éléments initiaux sont les uns discrets, les autres confluent ; le coude gauche où l'on ne retrouve que quelques cicatricules assez superficielles consécutives à trois ou quatre éléments discrets qui ont déjà évolué ; les deux mains qui sont surtout prises, comme nous venons de le dire, au niveau des doigts, surtout vers leur face palmaire ; les jambes où l'on note de simples rougeurs érythémateuses, enfin les pieds dont la face dorsale, les faces latérales et plantaires sont criblées de points télangiectasiques.

M. le Dr Veillon a fait une biopsie pour l'examen histologique des lésions et il a pratiqué des inoculations. Nous tiendrons, s'il y a lieu, la Société au courant des résultats obtenus.

En l'espace de huit jours, soit évolution spontanée de la maladie, soit influence de la médication qui a consisté en l'administration à l'intérieur du sirop phéniqué fort et de pilules à la quinine et à la digitale et en l'application d'une simple pommade protectrice, l'aspect de l'éruption a complètement changé : il ne s'est plus produit de pustulettes nouvelles, les éléments anciens se sont affaiblis, ont rétrogradé ; la malade en ce moment n'est plus reconnaissable.

En résumé, chez une malade jeune, ne semblant pas présenter de tare tuberculeuse nette ni personnelle, ni familiale, mais ayant des adénopathies cervicales assez accentuées et ayant maigri depuis quelques mois, nous voyons coïncider de la kératose pilaire, de l'asphyxie locale des extrémités, des engelures, de l'angio-kératome au début, des papulo-pustulettes à cicatricules consécutives discrètes ou agglomérées, symétriques, donnant lieu par places à des placards absolument analogues à des lésions de lupus érythémateux.

C'est donc au premier abord un argument nouveau que j'apporte à la théorie des tuberculides formulée avec tant de talent par M. le Dr Darier, car on ne peut s'empêcher de suspecter l'amaigrissement de la malade et les adénopathies cervicales.

Et cependant, malgré tous ces motifs d'admettre encore cette théorie pour ce fait, je ne puis m'empêcher de concevoir des doutes au point de vue clinique. Il me répugne un peu, je l'avoue, de considérer



comme étant des manifestations de la tuberculose ces lésions qui vont et qui viennent, qui peuvent disparaître sans médication, ou qui tout au moins peuvent rétrocéder avec cette rapidité. Je sais bien que cet argument n'en est plus un avec les notions que nous avons actuellement sur les effets possibles des toxines de la tuberculose, effets que nous avons été d'ailleurs des premiers à invoquer (dès 1890) pour essayer d'expliquer la pathogénie du lupus érythémateux. Nous reconnaissons que nous devons être extrêmement circonspects dans nos objections à la théorie des tuberculides, et nous proclamons bien haut que nous ne la déclarons pas erronée et que nous concevons fort bien qu'elle puisse être exacte. Mais nous ne pensons pas quelle soit démontrée. Elle ne repose en effet que sur la fréquence des coïncidences que l'on constate chez certains malades d'éruptions cutanées semblables à celles que vient de montrer M. le Dr Hallopeau, semblable à celle que nous venons de décrire, avec des accidents nettement tuberculeux. Cet argument est considérable : il n'est pas absolument probant.

Or, nous craignons que l'on ait confondu dans l'appréciation de ces faits deux choses fort différentes : 1° le terrain ; 2° la graine qui peut germer. Sur un terrain bon pour l'évolution du bacille de la tuberculose ou susceptible d'être infecté par ses toxines, d'autres germes morbides peuvent évoluer, d'autres lésions qui ne sont pas de nature directement tuberculeuse peuvent se produire. Je vais plus loin : il est possible que la tuberculose favorise l'évolution de certaines lésions cutanées qui ne sont pas nécessairement de nature tuberculeuse. Toutes ces questions sont moins simples qu'on ne semble le croire. Va-t-on faire de la kératose pileuse ou des engelures des tuberculides parce qu'elles s'observent souvent chez des individus tuberculeux ? Cela a déjà été fait. Il est possible qu'on ait eu raison. Mais le bon sens clinique proteste.

Je me résume en disant que je ne suis pas du tout opposé à la théorie ou si l'on veut à la conception nouvelle des tuberculides, mais qu'elle n'est encore qu'une hypothèse non démontrée scientifiquement ; et je me demande dès lors s'il est bon d'employer ce mot véritablement effrayant, si gros de conséquence dans la pratique médicale, alors qu'on n'est pas absolument sûr de la nature véritablement tuberculeuse de ces éruptions, qu'elles soient d'ailleurs causées par le bacille de Koch ou par ses toxines.

M. DARIER. — La théorie nouvelle qu'implique l'expression de tuberculide tend à former un groupe d'une série d'affections qu'il faut rapprocher.

Ces affections, dont les types ne sont pas encore bien délimités, se rencontrent chez des mêmes malades, chez des tuberculeux latents ou en évolution. Le mode de relation entre ces affections et la tuberculose des

sujets n'est pas connu. Cependant cette relation même est difficile à contester et le mot de tuberculide sert à l'indiquer.

Jusqu'à de nouvelles expériences, on ne peut dire que ces lésions soient directement tuberculeuses, mais seulement qu'elles évoluent sur un terrain tuberculeux auquel elles sont étroitement reliées.

M. GASTOU. — Dans l'observation si intéressante de M. Brocq, il n'existait pas des troubles oculaires. Il n'en est pas de même dans une série d'observations analogues recueillies dans le service de mon maître le Pr Fournier.

Depuis quelque temps nous observons des malades qui présentent presque tous l'aspect suivant. Ce sont ou des enfants ou des adolescents qui viennent avec des lésions nodulaires limitées ou ulcéreuses réparties sur tout le tégument et principalement ou uniquement sur les jambes. Ces malades ont une apparence le plus souvent débile, leur teint est mat, gris, leur peau sèche. Ils ont tous des kératites ou des taies sur la cornée ; indices de kératites anciennes. Peu ont des adénites, on ne trouve chez eux aucun antécédent tuberculeux ou syphilitique ; ils n'ont eux-mêmes aucun signe de tuberculose ou de syphilis.

Si on les interroge, si on fait une enquête sur leur passé pathologique, on apprend qu'ils ont eu des infections multiples, plusieurs maladies infectieuses, dont ils ne se sont jamais complètement remis et desquelles datent les accidents oculaires.

Comme on ne peut faire de diagnostic net, on considère leurs lésions comme : de l'ecthyma, des gommès, de l'érythème induré, des ulcérations phlébiques et si on ne peut incriminer la syphilis on penche vers la tuberculose.

Or on ne trouve chez eux ni syphilis héréditaire ou acquise, aucun signe ou antécédent tuberculeux et l'inoculation aux cobayes reste négative.

Doit-on, malgré cela, considérer ces lésions comme des tuberculides, et faire de ces malades des tuberculeux ? Quelle différence faut-il faire alors entre les scrofulides et les tuberculides, que devient la scrofulé ?

Ne peut-on supposer qu'à côté de la syphilis et de la tuberculose, il y a place pour un troisième groupe qui serait la scrofulé — qu'à côté des syphilides et des tuberculides il y a les scrofulides, et qu'enfin, si la syphilis et la tuberculose sont des maladies spécifiques, la scrofulé n'est que le résultat d'une série d'infections successives agissant à longue portée sur l'organisme et préparant un terrain favorable au bacille de Koch, à la tuberculine, à la tuberculose en un mot.

M. BARTHÉLEMY. — Je ne veux pas raviver une ancienne discussion dont je maintiens néanmoins les conclusions : si j'ai proposé des dénominations nouvelles, telles que *folliclis* ou *acnitis*, c'est précisément pour tirer ces cas du chapitre absolument vague des folliculites, avec ou sans épithètes. *L'acnitis* m'a paru procéder à la manière des dermites qui relèvent soit d'une infection, soit d'une intoxication, puisque j'en cherchais la cause dans des eaux malsaines ou dans des auto-fermentations. En tout cas, les deux sujets sur lesquels j'ai observé les faits que je considère

comme des acnitis typiques ne présentaient pas l'aspect lymphatique, mais l'aspect arthritique ; ils n'avaient ni adénopathie ni trace d'écrouelles ; ils ne pouvaient à aucun degré, ni de près ni de loin, ni avant ni après leur maladie, être considérés comme en puissance de tuberculose. Il n'y avait pas non plus à invoquer la cause médicamenteuse pour la production et la persistance de l'éruption.

Je suis moins affirmatif en ce qui concerne la *folliclis*. Autant que je m'en souviens, la malade de M. Besnier dont j'ai rapporté l'observation était forte et grosse et ne rappelait en rien le tempérament lymphatique, scrofuleux ou la tuberculose. Mais dans l'autre cas, celui qui datait de 10 ans, les lésions très pigmentées, très aplaties, très ombiliquées et creuses au centre évoluaient sur un sujet maigre, cachectique qui aurait fort bien pu être tuberculeux. En tout cas, il n'avait aucune tare antérieure de tuberculose vraie. Il est vrai que j'ai vu récemment, dans le service de M. Bouchard, une vieille femme de 77 ans porteur d'un lupus tuberculeux et croûteux de la joue gauche datant de l'enfance et qui n'avait encore aucune autre lésion tuberculeuse. Il n'y a pourtant pas à douter de la nature tuberculeuse du lupus. En résumé, pour les cas qui ont été soumis à notre observation dans cette séance et dans la dernière me font croire qu'il y a lieu jusqu'à plus ample informé de maintenir un diagnostic différentiel entre la *folliclis* et l'acnitis et les éruptions qui relèvent directement de la tuberculose ou qui coïncident avec des lésions tuberculeuses franches et multiples, comme dans le cas que M. Tenneson m'a fait l'honneur de me convier à avoir dans son service il y a deux ans ; j'aurais pour ma part tendance à identifier ce dernier cas avec celui que M. Hallopeau nous montre aujourd'hui : les nodosités sont inégales et plus volumineuses que dans l'acnitis.

Je ne me prononce qu'avec réserve, parce que je vois les malades pour la première fois ici et que ces cas assez complexes devraient être, pour qu'on ait quelque chance de les juger avec justesse, étudiés de près dans leur production et suivis dans leur évolution. Les observations ultérieures ne tarderont vraisemblablement plus à démontrer si tous ces cas relèvent ou non de la tuberculose ; jusqu'à plus ample informé, je les en crois indépendants, notamment l'acnitis.

M. HALLOPEAU. — Je rappelle de nouveau que j'ai publié en 1895, avec M. Le Damany, une observation dans laquelle se trouvaient réunies plusieurs formes de tuberculoses, lupus érythémateux, *folliclis*, lichen scrofulosorum, lesquelles ont disparu pour la plupart au bout de peu de temps. La guérison rapide de ces lésions, comme dans le cas de M. Brocq, n'est pas contraire à l'idée de tuberculose. Il ne s'agit pas en effet, selon toute vraisemblance, de bacilles, mais de toxines émanés sans doute de foyers ganglionnaires.

M. BESNIER. — Il faut attendre, pour statuer sur ces questions, des études démonstratives de laboratoire. En l'état, ces lésions généralisées et symétriques ressemblent beaucoup à certaines toxidermies produites par les iodures ou les bromures, et si les toxines de la tuberculose

peuvent reproduire ce même tableau, il faudra apprendre à différencier les toxidermies des toxinidermies.

### Sur une pseudo-pelade en bande.

Par MM. HALLOPEAU et G. BUREAU.

M. L..., que nous avons l'honneur de vous présenter est atteint d'une forme d'alopécie des plus exceptionnelles ; son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

M. L..., se présente à l'hôpital Saint-Louis, pour une alopécie du cuir chevelu. Son affection a débuté le 20 mai 1896 ; il s'aperçut à ce moment qu'il existait sur la face postérieure de son cuir chevelu, toute une zone, une bande, où les cheveux étaient complètement tombés ; cette tache atteignait dès ce moment les dimensions qu'elle présente actuellement et n'a pas augmenté depuis ; en même temps s'était développée sur la région pariétale droite une autre petite plaque, arrondie, ayant un peu moins des dimensions d'une pièce de 20 centimes.

La petite plaque guérit au bout de trois mois, mais la grande a toujours persisté.

Cet homme ne présente aucun antécédent nerveux, ni héréditaire, ni personnel.

Actuellement, on constate à la partie postérieure du cuir chevelu toute une zone alopecique en forme de bande, mesurant un centimètre de largeur sur 8 de longueur, partant de la ligne médiane et se dirigeant en haut et en avant vers le bord droit de la tête. Au niveau de cette zone, la peau présente une teinte blanchâtre, le derme semble comme épaissi ; les plis de la peau sont plus marqués. Le contour de cette plaque n'est pas nettement arrêté, mais il y a des sortes d'encoches d'alopécie qui pénètrent au milieu des cheveux. Les cheveux qui bordent cette plaque paraissent sains et ne se laissent pas arracher ; l'on ne constate pas de cheveux renflés, en forme de massue comme dans la vraie pelade. L'exploration des divers modes de la sensibilité au niveau de cette bande alopecique semble montrer qu'elle n'a subi aucun trouble.

L'aspect de la partie dénudée rappelle au premier abord celui de la pelade : c'est la même chute complète des cheveux, sans altération nettement définie du cuir chevelu et, en fait, MM. Besnier et Doyon ont décrit une forme de pelade en bandes, mais les cas qu'ils ont observés paraissent différer notablement de celui-ci ; les bandes y occupaient surtout les bordures antérieures et latérales du cuir chevelu, les cheveux n'y étaient pas entièrement tombés, ils étaient clairsemés, en broussaille ; l'aspect était celui d'une vieille fourrure pelée ; rien de semblable chez notre malade.

L'évolution de cette alopécie nous paraît indiquer nettement qu'elle

n'est pas de nature peladique ; en effet, un des principaux caractères de la pelade est sa progression excentrique, en rapport avec son origine parasitaire ; or on ne conçoit pas comment cette expansion de cause parasitaire pourrait se faire seulement en suivant une seule et même direction.

D'autre part, bien que les cheveux du voisinage présentent à l'examen histologique une partie un peu renflée et que leurs extrémités soient ébarbées, ils n'ont pas les caractères des cheveux peladiques. On n'en trouve pas qui soient renflés à leur extrémité brisée et s'arrachent facilement.

Nous nous refusons donc à admettre chez ce malade l'existence d'une véritable pelade.

L'hypothèse la plus vraisemblable nous paraît être celle d'une tropho-névrose.

On sait que les auteurs allemands rattachent à cette cause la plupart, si ce n'est la totalité, des alopecies en aires ; les nombreux cas que nous avons observés en France suffisent à démontrer l'inexactitude de cette manière de voir : nous sommes en droit de considérer la pelade vraie comme une maladie parasitaire ; mais, à côté d'elle, il existe des alopecies tropho-névrotiques ; dans certains cas, l'évidence est absolue. L'un de nous a présenté antérieurement à la Société un sujet chez qui l'alopecie pseudo-peladique s'accompagnait de troubles de la sensibilité et de nombreuses plaques cutanées de vitiligo.

Dans le cas présent, les signes de tropho-névroses sont moins caractéristiques, mais il résulte cependant de l'ensemble des phénomènes observés que c'est dans cette direction qu'il faut chercher la cause de cette alopecie en bande.

### Acné hypertrophique

Par M. CHAILLOUS

L'auteur présente un malade opéré il y a deux mois par M. Pauchet pour un rhinophyma avec dilatations vasculaires très accentuées. La tumeur a été circonscrite par une incision au bistouri allant jusqu'au cartilage. Le nez a été complètement décortiqué. Les résultats ont été excellents, la cicatrisation est complète. Il semble que la décortication au bistouri donne de meilleurs résultats que la décortication au thermo-cautère qui produit des cicatrices blanches et lisses, d'un effet disgracieux.

**De la scrofule oculaire et de sa relation avec la syphilis héréditaire.**

Par M. GALEZOWSKI.

Je suis appelé constamment à donner mes soins à des affections oculaires qui sont classées dans les *Traité des maladies des yeux*, comme des affections scrofuleuses. Et pourtant, si je cherche à découvrir quelque chose de caractéristique à la scrofule, je n'en trouve guère aucun signe spécial.

Je me demande donc, *qu'est-ce que c'est que la scrofule, et quelle est son étiologie?*

Les affections scrofuleuses oculaires vous sont connues, elles sont décrites par tous les auteurs, depuis Mackenzie, Desmarres, Arlt, Bowman, jusqu'à nos auteurs les plus modernes.

Je n'ai qu'à vous citer en passant quelques maladies qui sont rapportées par tous les auteurs à la scrofule.

a) Rétrécissement osseux du canal nasal.

b) Conjonctivite ou ophtalmie phlycténulaire; la phlyctène elle-même de la cornée se trouve pour Mackenzie, toujours sous la dépendance d'un état scrofuleux.

c) L'éruption impétigineuse ou l'eczéma du cuir chevelu, etc., est un état morbide des enfants lymphatiques et scrofuleux qui constitue ce qu'on appelle vulgairement la gourme.

d) La kératite interstitielle était rapportée par Arlt tantôt à la scrofule tantôt à la syphilis.

Il y a en effet un certain nombre de maladies oculaires qui sont rapportées en même temps à la scrofule et à la syphilis, telle que par exemple, la kératite interstitielle. D'autres au contraire se trouvent attribuées à la tuberculose et syphilis, ce sont notamment l'iritis scrofuleuse, la sclérite ou certaines variétés de choroïdite.

Pour ma part, j'ai rencontré nombre de fois des choroïdites atrophiées et pigmentaires développées sur une certaine étendue du fond de l'œil, qui ressemblaient à s'y méprendre aux choroïdo-rétinites syphilitiques héréditaires chez les enfants scrofuleux, chez lesquels il y avait de l'eczéma de la face ou du cuir chevelu un eczéma du front, du nez, des lèvres, des paupières et des joues et chez lesquels on constatait des ganglions engorgés dans la région sous-maxillaire-mastoiïdienne par auriculaire, sous-occipitaux. C'était disait-on des enfants scrofuleux. Je les avais soumis au traitement antisypilitique car il y avait quelques antécédents héréditaires et j'ai eu la satisfaction de les guérir après l'insuccès de toutes les autres méthodes de traitement.

Des choroïdites atrophiées et pigmentaires dont j'apporte ici les



dessins sont arrêtées dans leur marche et la vue centrale rétablie par le seul traitement dirigé contre la cause soupçonnée syphilitique héréditaire.

Je possède aussi des observations de malades de 18, 20 et 25 ans qui ont eu des lésions scrofuleuses de la joue, des oreilles, des paupières et des lèvres avec des altérations des voies lacrymales ou des choroïdites et qui n'ont été guéri que par le mercure après dix ou douze ans de traitement infructueux antiscrofuleux pas amélioré.

Après cette énumération des faits tirés de ma propre observation, je dois me demander qu'elle est l'étiologie réelle de ces affections que l'on appelle scrofuleuses ?

Dans le livre sur la *Phthisie pulmonaire* de Hérard, Cornil et Hanot de 1888, les auteurs se demandent si la phthisie doit être séparée de la scrofule, ou si la scrofule et la tuberculose constituent une seule et même maladie *Scrofulo-tuberculeuse* ?

Cette question est diversement interprétée par les auteurs eux-mêmes.

Que reste-t-il de la scrofule, dit Grancher ? Rien. Pour Bouchard, la scrofule est un tempérament morbide et jamais on n'a trouvé chez eux des bacilles tuberculeux.

Il faudra conclure, d'après notre président, M. Besnier, que toutes les éruptions des scrofuleux qui sont si communes chez l'enfance, n'ont aucun caractère spécifique, quelles sont banales et indifférentes ou simples témoins d'un tempérament morbide et lymphatique.

Lancereaux dit : J'ai eu moi-même l'occasion d'observer des cas nombreux semblables, décrits sous le nom d'affections scrofuleuses, d'anguis de la peau, etc., et où j'ai pu reconnaître une manifestation tardive de la syphilis héréditaire. Notre éminent maître M. Fournier dit aussi que dans un grand nombre de cas de ce genre la syphilis héréditaire y est pour beaucoup. Dans son livre sur l'*Hérédité syphilitique* nous lisons cette phrase à la page 23 : « On a remarqué de vieille date la fréquence des affections scrofulo-tuberculeuses chez des enfants issus de souche syphilitique. Il est incontestable que les hérédités syphilitiques payent un large tribut aux diverses manifestations de la scrofulo-tuberculose. »

C'est en présence de ces différentes assertions de nos éminents maîtres, cités plus haut, dont les uns admettent dans la scrofule la *phthisie scrofuleuse* et d'autres ne retrouvent là qu'une simple prédisposition morbide ou syphilis héréditaire que je me permets de formuler des propositions suivantes, en ce qui concerne les yeux.

1° Que la *scrofulose oculaire* est une manifestation héréditaire soit de la syphilis, soit de la tuberculose.

2° Que généralement ces deux causes se trouvent réunies chez les enfants atteints des ophtalmies dites scrofuleuses.



3° Que dans la plus grande majorité des cas, la syphilis héréditaire domine la tuberculose.

4° Que le traitement antisypilitique dans toutes les affections dites scrofuleuses de l'œil et plus particulièrement les frictions mercurielles appliquées méthodiquement amènent l'amélioration et la guérison.

5° Que la conjonctivite ou kératite phlycténulaire ne sont nullement une affection constitutionnelle, mais une simple affection herpétique fébrile ou autre.

M. FOURNIER. — Le travail de M. Galezowski est des plus instructifs. Il indique en somme, dans la pathologie de l'œil, les mêmes difficultés que nous rencontrons dans l'étude de la peau, en ce qui concerne des lésions ayant certains rapports avec la tuberculose sans pouvoir être nettement déclarées de nature tuberculeuse exactement comme pour les tuberculides cutanées. Il semble qu'on confonde deux choses, les lésions infectieuses vraies qui méritent le nom de tuberculides et les lésions de terrain qui sont des affections paratuberculeuses à l'instar des lésions parasypilitiques.

#### **Psoriasis palmaire atypique kératosique.**

Par MM. GAUCHER et HERMARY.

J'ai l'honneur de vous présenter un moulage de psoriasis palmaire qui, au premier abord, n'a pas l'aspect habituel du psoriasis, même atypique. Sur certains points, comme vous pouvez le voir, la lésion ressemble à la kératodermie palmaire; sur d'autres, elle est constituée par de larges papules cuivrées, semblables à celles de la syphilis. Cependant cet homme est uniquement un psoriasique; il présente une plaque typique de psoriasis au coude gauche. Il a été, à plusieurs reprises, atteint de psoriasis sur le reste du corps. Peut-être l'aspect kératosique de ce psoriasis palmaire tient-il à la profession du malade, qui est forgeron. Cependant une kératose semblable existe, quoique moins marquée, à la plante des pieds.

Quoi qu'il en soit, voici l'observation détaillée de ce cas, recueillie par M. HERMARY, interne du service :

M..., âgé de 46 ans, forgeron, entré le 24 octobre 1896 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, n° 13.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à 54 ans d'apoplexie.

Mère morte à 77 ans, d'apoplexie.

Son frère aîné a été soigné dans le service de M. Besnier pour de l'eczéma.

Il est mort à 46 ans d'apoplexie (?)

*Antécédents personnels.* — Étant enfant il a eu longtemps la gourme, et

plusieurs fois des abcès derrière les oreilles. Tout cela a disparu vers l'âge de 9 ans. — Il commence à 13 ans le métier de forgeron. Habitudes alcooliques, pituites le matin, cauchemars quelquefois. N'a jamais eu de chancre. Il a été courtier en vins.

A 22 ans, accès de goutte au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche, durée trois semaines. On lui a donné la solution du Dr Laville. Jusqu'à 25 ans il a eu six poussées nouvelles, les unes faibles, d'autres d'une durée de huit jours.

Il est sujet à des douleurs dans les grandes articulations, mais n'a jamais eu de rhumatisme articulaire.

Vers l'âge de 30 ans, brusquement perte de connaissance. On lui a appliqué 60 sangsues au creux épigastrique. Pas de paralysie consécutive.

Début du psoriasis à 30 ans, par de l'épaississement l'épiderme de la face palmaire des doigts, au pourtour des ongles. Au bout d'un mois, six semaines, cette évolution était achevée. L'épiderme épaissi se détachait, la peau sous-jacente était souple. Il n'y avait pas de douleurs. Les lésions étaient bilatérales.

Chaque année le malade a une ou deux poussées. Il lui est arrivé d'en avoir quatre une même année.

Depuis qu'il a du psoriasis palmaire ; il travaille moins de son métier de forgeron, sans cependant le quitter complètement.

A 34 ans seconde perte de connaissance brusque ; le malade s'est débattu. En tombant il s'est fait une fracture ouverte de la jambe droite.

En 1886, à l'âge de 36 ans, il est venu se faire soigner dans le service de M. Besnier pour son psoriasis. A ce moment-là il avait du psoriasis palmaire simplement. Il n'y avait rien eu encore sur le reste du tégument, ni aux pieds. Traitement : Iodure de potassium, enveloppement caoutchouté, glycérolé d'amidon.

Il sort de l'hôpital au bout d'un mois. Il était guéri, l'épiderme de la face palmaire des mains avait repris sa souplesse normale.

En 1888, il a du vertige sans perte de connaissance. Il s'est couché aussitôt, et ces phénomènes se sont arrêtés.

Il vient se faire soigner en 1888 dans le service de M. Fournier. Outre la poussée double de psoriasis palmaire, il avait aussi une poussée double de psoriasis plantaire, et des éléments psoriasiques aux coudes et aux genoux.

Traitement : bains d'amidon, bains alcalins, iodure de potassium (il a eu de l'acné et on a cessé l'iodure), on l'a remplacé par 4 gr. de bicarbonate de soude ; vaseline boriquée ou glycérolé d'amidon.

En 1890 à la suite d'une chute il se fait une fracture double du bras gauche.

Il est venu se faire soigner plusieurs fois pour de nouvelles poussées de psoriasis, dans le service. L'épaississement de l'épiderme des mains lui donnait de l'immobilité des doigts. Les mouvements d'ouverture ou de fermeture de la main étaient douloureux, et auraient fait craquer l'épiderme kératosé. Des douches locales de vapeur amélioraient rapidement cet état. — Les ongles des mains et des pieds sont tombés plusieurs fois.

Depuis trois ans les poussées de psoriasis s'accompagnent de rougeur

avec desquamation épidermique au niveau de la verge, du scrotum, des plis inguino-scrotaux. Il y a aussi de l'intertrigo de l'aisselle gauche.

*État actuel.* — Placard de psoriasis nummulaire typique au niveau de l'olécrâne du côté gauche. Croûte blanche, sèche, épaisse, plus grande qu'une pièce de 5 francs, se fendillant au niveau des plis de la peau, se détachant en lamelles. Sur les bords, desquamation en fines lamelles. La peau sous-jacente est rouge, légèrement saillante. Collerette rouge à la périphérie de la squame. Par le grattage on fait saigner les papules excoriées.

Sur la face antérieure du thorax il y a un élément de psoriasis guttata. Quelques éléments de même nature à la partie inférieure de la face antérieure de l'avant-bras gauche.

Les deux mains sont entr'ouvertes, le malade n'a que des mouvements très limités. Il ne peut fermer la main à cause de l'épaississement de la peau en bourrelet au-devant de la tête des métacarpiens. Il ne peut ouvrir la main, car l'extension produirait des fissures épidermiques.

Dans la paume de la main, et sur les éminences thénar et hypothénar, les éléments rappellent à s'y méprendre ceux de la syphilide palmaire papuleuse.

On observe un grand nombre de papules, peu saillantes, arrondies, de la dimension d'une lentille, d'une couleur grisâtre, entourées d'une zone irrégulière où la peau est plus rouge que dans les parties saines. Cette couleur rouge est très pâle. Entre ces éléments sont plusieurs places où les lignes inter-papillaires de l'épiderme sont comme blanchies à la craie. Au toucher, ces éléments ont une consistance spéciale. Les papules sont dures, cornées, tandis qu'autour de chacune d'elles la peau est souple.

À la racine de l'éminence thénar du côté gauche, est une petite surface arrondie, de un centimètre de diamètre, dont l'aspect rappelle ce que l'on voit après l'enlèvement par grattage de la partie énucléable d'un cor. Il y épaississement et dureté de l'épiderme à la périphérie de l'élément. Ses bords blancs, durs, circonscrivent un centre en cupule, légèrement rentrant, à fond blanc, dur, d'épiderme épaissi.

À la main droite ces éléments papuleux de kératinisation sont plus saillants, plus développés et tendent à devenir confluent. Les intervalles de peau saine sont moins nombreux. Presque toute la peau de l'éminence thénar est grise, dure, kératinisée, avec papules légèrement saillantes sur cette sorte de carapace épidermique. On voit aussi quatre éléments plus avancés, où comme sur celui de la main gauche, les petites lamelles épidermiques, en se détachant, tendent à constituer des lésions en cupule.

Les bords du pli moyen des deux mains sont plus épaissis que le reste du tégument palmaire. Fissure dans la moitié interne de ce pli.

Au niveau des plis correspondant aux articulations métacarpo-phalangiennes des doigts, kératinisation plus marquée encore. Sur les bords de ces plis l'épiderme épaissi se soulève, se décolle du derme. Aux endroits où il est tombé, on voit la peau sous-jacente rouge; elle est encore roide, dépourvue de souplesse, donnant au toucher la sensation du parchemin. Fissure dans tous les plis. Au fond de la fissure, squames blanchâtres fines.

A la face palmaire des doigts, et autour des ongles, l'épiderme est presque tout entier tombé. A ces places, la peau est plus rouge que la peau saine, en même temps que parcheminée; sur ce fond rouge tranchent de nombreuses squames de desquamation secondaire, plus minces que celles qu'on trouve à la périphérie sur les points où le premier épiderme est tombé.

La face palmaire du pouce gauche, presque tout entière, ainsi que le pourtour de l'ongle a perdu son épiderme, et offre la consistance parcheminée et l'aspect rouge, avec lamelles minces et blanches de nouvelle desquamation, ci-dessus décrite.

Sur la face palmaire du pouce gauche, on trouve, encore adhérent par son centre, un grand lambeau d'épiderme, occupant la moitié voisine des deux phalanges, et dont les bords, détachés complètement, sont presque cornés.

La desquamation est moins avancée sur les index, où elle présente à peu près le même aspect qu'aux éminences thénar.

La pulpe des dernières phalanges offre simplement de l'épaississement, défaut de souplesse, quelques papules cornées, une desquamation limitée.

Les ongles ne présentent ni stries ni ponctuations. Leur nutrition est néanmoins altérée. Leur aspect est terne; plusieurs d'entre eux ont sur une grande étendue une coloration blanchâtre; ils se déchaussent du côté de la lunule, et même l'ongle du pouce droit se soulève complètement, et ne tient plus que par une petite surface de sa racine.

A tous les doigts, il y a des lésions péri-unguéales s'étendant à une moitié et quelquefois à toute la surface dorsale des dernières phalanges. Ces lésions consistent en desquamation par minces écailles, consécutives à l'épaississement de la peau du pourtour de l'ongle. Après la desquamation, la peau sous-jacente reste rouge et porte de petites squames.

Ce sont les seules lésions qu'on trouve à la face dorsale des mains, sauf toutefois à l'annulaire gauche, sur le côté interne de la tête de la première phalange, où on trouve un élément papulo-squameux à liseré rouge, plus grand qu'une lentille, et à la main droite un élément analogue au niveau de l'extrémité postérieure de la première phalange de l'annulaire. Sur le point saillant de l'articulation des premières phalanges avec les deux dernières phalanges fléchies, à la main gauche, il y a de l'épaississement épidermique avec tendance à la kératinisation.

Il n'y a pas de lésions articulaires ni aux doigts, ni aux grandes articulations.

Aux pieds il y a des lésions de moindre importance: épaississement épidermique, et altérations des ongles qui tombent par écailles.

La muqueuse du gland offre des taches rouges desquamatives. Rougeur du scrotum. Intertrigo. Le malade est en même temps séborrhéique, et a sur la face antérieure du thorax quelques boutons d'acné.

**Troubles oculaires d'origine hérédo-syphilitiques.**

Par MM. le Pr FOURNIER et le Dr SAUVINEAU

Quand on se trouve en présence d'une de ces affections oculaires congénitales, dont la fréquence est si grande et la pathogénie encore si obscure, on les attribue volontiers aux causes habituelles de dégénérescences, en particulier à la syphilis héréditaire.

S'il est des cas où cette relation de cause à effet est difficile à admettre ; il en est autrement de ceux dans lesquels on peut constater la coexistence de signes indéniables d'hérédo-syphilis. Tel est Messieurs, le cas de la jeune malade que nous présentons à la Société.

Cette jeune fille, Joséphine L..., âgée de 18 ans, est atteinte de lésions oculaires congénitales des plus intéressantes. Au point de vue général, on ne constate chez elle aucun antécédent de syphilis acquise ; mais, en revanche, elle présente les signes d'une hérédo-syphilis nettement caractérisée par des stigmates personnels et des antécédents familiaux.

Une de ses sœurs est épileptique ; une autre mort-née ; elle-même présente des lésions dentaires caractéristiques : sillons blancs transverses, vulnérabilité dentaire, des cicatrices cutanées. Elle présentait de plus, à son entrée dans le service, des exostoses du tibia droit, et plusieurs gommes ulcérées à la jambe gauche. La preuve évidente de l'existence de l'hérédo-syphilis a été fournie par la guérison rapide (en un mois) des gommes ulcérées de la jambe gauche, et la diminution des exostoses du tibia droit, sous l'influence d'un traitement spécifique énergique.

Les lésions oculaires que présente cette malade sont congénitales. Elles sont de deux ordres et intéressent, d'une part, la musculature extrinsèque de l'œil, d'autre part, le fond de l'œil.

Au point de vue de la musculature extérieure, cette jeune fille présente un strabisme interne assez marqué de l'œil gauche. Quand on sollicite le regard à gauche, on constate que le bord de la cornée gauche reste à plusieurs millimètres de la commissure palpébrale externe, et encore l'œil n'arrive-t-il à ce point qu'en exécutant, à l'appel de la volonté, une série de ces petites secousses, auxquelles on a donné le nom de nystagmus paralytique. D'autre part, la ténotomie du droit interne gauche qui a été pratiquée, il y a deux ans, dans une clinique de la ville, n'a amené aucun redressement de l'œil strabique. Ce qui n'est pas pour nous surprendre, puisque nous venons de relever les caractères d'un strabisme paralytique. Il s'agit, en effet, d'une paralysie de la 6<sup>e</sup> paire gauche.

De ce côté gauche, la pupille légèrement dilatée est absolument insensible à l'action de la lumière (si l'on élimine, bien entendu, l'action synergique de l'autre œil). Il ne s'agit pas d'une paralysie pupillaire ; cette immobilité de la pupille tient à la perte de la vision de cet œil, qui est absolue.

Si l'on examine le fond de l'œil à l'ophtalmoscope, on constate de nombreuses et importantes lésions de chorio-rétinite et du nerf optique, ainsi

que le montre clairement la planche ci-jointe, due à l'habileté de M. le Dr Valois.

La papille optique est atrophiée. Il s'agit d'atrophie simple, blanche, avec diminution du calibre des vaisseaux. Cette atrophie est manifestement secondaire aux lésions des membranes.

Immédiatement au pourtour du nerf optique, on remarque un large anneau d'atrophie choroïdienne, pigmenté çà et là par places, et surtout sur ses bords. Cet anneau présente tout à fait l'aspect d'un énorme staphylome postérieur myopique. Dans une des observations que M. Galezowski vous a communiquées l'année dernière, il avait également relevé cette particularité sur un malade non myope, présentant, au contraire, un astigmatisme hypermétropique composé. La malade que nous vous présentons n'est pas myope non plus, elle est emmétrype, indemne de tout vice de réfraction.

Un peu plus loin du nerf optique, on remarque de nombreuses taches atrophiques et pigmentaires, de dimensions variables. Les plus larges sont réunies en deux amas principaux situés l'un en haut et en dedans, l'autre en dedans et en bas du nerf optique.

Enfin, si on examine la macula, puis les régions externes de la rétine, on constate qu'elles sont occupées par des taches d'un aspect tout à fait différent. Il s'agit, en effet, non plus de taches d'atrophie choroïdienne, accompagnées d'une petite quantité de pigment, mais bien, à l'exclusion de toute tache atrophique, d'amas pigmentaires présentant des prolongements qui s'anastomosent les uns avec les autres, de façon à tapisser d'un quadrillé noir la rétine, laquelle ne paraît présenter aucune autre lésion. Cette *rétinite pigmentaire* commence à la macula, c'est-à-dire, au pôle postérieur de l'œil, et se porte en dehors jusque vers l'équateur. En haut et en bas, jusqu'à la moitié de l'œil, elle s'étend également jusqu'à l'équateur, mais reste plus éloignée, quant à sa limite centrale, du pôle postérieur. Les vaisseaux rétinien sont atrophies et sclérosés. Ils n'affectent pas de rapports spéciaux avec les taches pigmentaires.

Le corps vitré est absolument sain. Il est d'une transparence parfaite, et ne présente aucune espèce de flocons.

Disons, pour n'y plus revenir, que ces lésions n'existent qu'à l'œil gauche. L'œil droit, examiné avec soin, ne présente pas la moindre tache de pigment, pas même dans l'ora serrata.

Il résulte de ce qui précède que cet œil gauche présente à l'ophtalmoscope des lésions de deux ordres.

1° Dans les premières, (taches atrophiques bordées de pigments) il s'agit d'une véritable atrophie de la choroïde, avec atrophie secondaire de l'épithélium pigmentaire rétinien, qui est sous la dépendance nutritive de la choroïde. C'est donc une véritable chorio-rétinite, analogue à ce que l'on rencontre dans la syphilis acquise. Des observations de cet ordre ont déjà été publiées, l'an dernier, par M. Hirschberg (1) et par M. Galezowski, qui vous en a communiqué quelques

(1) *Deutsche medicinische Wochenschrift*, juin, 1895.



cas. L'un de nous en a présenté un cas, en juin dernier, à la Société d'Ophthalmologie de Paris, observé également à la Clinique de l'hôpital Saint-Louis.

2° De plus, nous trouvons ici des lésions de rétinite proprement dite, constituées par un simple déplacement épithélial avec sclérose artérielle. Le pigment, il est vrai, ne présente pas absolument la forme en ostéoplastes caractéristique de la rétinite pigmentaire congénitale habituelle ; il n'est pas réparti régulièrement à la périphérie de la rétine. Il se présente sous forme de stries et d'amas plus volumineux, il est irrégulièrement réparti. Néanmoins, il est impossible de ne pas être frappé de la ressemblance que présente cette rétinite pigmentaire, avec la rétinite congénitale. Cette observation vient donc à l'appui de l'opinion émise récemment par M. Galezowsky, à savoir, que la rétinite pigmentaire congénitale qu'on attribue, en désespoir de cause et faute d'en connaître le facteur étiologique, à la consanguinité des parents, pourrait bien être liée à la syphilis héréditaire.

Cette coexistence sur un seul œil de ces deux ordres de lésions (chorio-rétinite atrophique et rétinite pigmentaire), l'intégrité absolue de l'autre œil, la coexistence d'une paralysie motrice nous ont paru présenter un réel intérêt, étant donné que ces lésions congénitales ne peuvent guère être attribuées, nous l'avons vu, à autre chose qu'à la syphilis héréditaire.

M. GALEZOWSKI. — A propos de la communication de M. Sauvineau sur la choroidite hérédo-syphilitique, je me permets de dire quelques mots, d'abord pour confirmer ses assertions, que des lésions atrophiques choroïdiennes telles qu'il l'a reproduit sur ses planches, portent tous les signes de l'affection syphilitique héréditaire. Ce qui pour moi a paru toujours le plus typique, ce sont des pigmentations disséminées, filiformes, s'entrecroisant et ressemblant sous tous les rapports à la rétinite pigmentaire congénitale. De plus, les lésions sont surtout localisées vers l'ora serrata, et les atrophies artérielles rétinienues amenant une atrophie papillaire limitée, sont autant de signes de la syphilis héréditaire.

#### **Sur une gomme primitive et isolée d'une amygdale.**

Par MM. CH. AUDRY et IVERSENE (de Toulouse).

Les gommes de l'amygdale sont rares. On en parle dans les classiques, mais on n'en trouve guère d'observation précise. Ainsi Rivaudray (Th. de Paris, 1884), en donne quelques-unes où les lésions amygdaliennes sont associées à des accidents du voile ou du



pharynx. Il ne connaît pas de gomme isolée. Il y a un an, Batut a publié une observation d'une malade de la clinique où la gomme amygdalienne était associée à des lésions du voile du palais et à une sternomyosite syphilitique (*Arch. médicales de Toulouse*, 1885).

Voici une observation où la gomme est restée exactement limitée à l'amygdale droite. Elle se rapproche aussi de celles qu'a fait connaître Jules Rénoy (*Arch. de rhinologie et de laryng.*, 1889). Nous pouvons y joindre l'examen histologique à la lésion.

Julie F..., Agée de 34 ans, ménagère, entre à la clinique le 25 novembre. Elle n'offre pas d'antécédents héréditaires.

Rougeole à 7 ans. La malade dit s'enrhumer facilement. Il y a cinq ans elle fut soignée pour une affection laryngée qui dut être supposée comme de nature tuberculeuse. Elle a été traitée récemment pour une métrite hémorrhagique; elle a trois enfants vivants et bien portants et n'a jamais avorté. Aucun renseignement, aucune trace ne permet de relever la syphilis. Le dernier enfant est né en janvier 1890.

C'est l'année suivante que le malade a présenté les accidents laryngés que nous avons signalés.

La maladie actuelle aurait débuté deux mois avant l'entrée de la malade à la clinique, par des phénomènes d'embarras gastrique avec fièvre et vomissements. Quelques jours plus tard une douleur apparaît et reste localisée à l'amygdale droite. Phonation difficile, déglutition bientôt presque impossible en raison de la douleur. Sensation violente de brûlure et de striction lors du passage des aliments.

La malade est très pâle, très anémiée et très faible.

Les globules rouges sont au nombre de 3,160,000.

L'examen des viscères et en particulier des poumons ne révèle aucune anomalie. Urines normales.

Des deux côtés du cou, dans la région sous-maxillaire gauche, nombreux ganglions. Une cicatrice un peu adhérente en avant du bord antérieur du sterno-mastoïdien droit indique une suppuration peut-être ganglionnaire (?) qui a eu lieu il y a trois ans.

A l'examen de la gorge, l'amygdale droite apparaît saillante, globuleuse, grosse comme une noix; elle arrive au contact de la luette pointant en arrière du pilier antérieur qui ne lui adhère pas. L'amygdale est d'un rouge vineux; elle est comme fendue transversalement par une perte de substance à fond rose dont les bords ne sont pas décollés. Rougeur vive dans la région voisine. Le segment gauche de l'isthme du gosier est normal. Examen laryngoscopique négatif.

On élimine dans le diagnostic le chancre syphilitique en raison de l'apparence globuleuse, de la forme de l'ulcération, de l'absence d'induration, car la tuméfaction est molle. De plus, depuis trois mois, la malade ne présente pas le plus petit accident qui permette d'affirmer la syphilis secondaire. La langue très saburrale est recouverte en arrière de grosses papilles saillantes et lisses qui ont un faux aspect de plaques muqueuses, mais n'en sont pas. Il n'y a pas de signes suffisants pour songer à une

leucémie amygdalienne. On s'arrête momentanément à l'hypothèse de tuberculose. Le 27 novembre, afin de pouvoir examiner la lésion, excision d'une bonne partie de la zone saillante et cautérisation au thermocautère du moignon. Amélioration temporaire, puis l'état demeura stationnaire. L'examen microscopique qu'on lira plus loin, restreignit ces hypothèses à la tuberculose ou à la syphilis tertiaire.

Traitement mixte (frictions mercurielles. Iodure de potassium, 8 gr. par jour). Au même moment, trois jours après le début de ce traitement, constatation à 2 centim. en avant du V lingual, d'une surface lisse, décapillée, sur la ligne médiane de la langue. Il n'y a pas de doute sur la signification de cette lésion qui disparut bientôt.

Amélioration rapide et définitive de l'amygdale. La douleur disparaît, l'ulcération diminue et se cicatrise avec rapidité. Au bout de neuf jours tout est transformé. Relèvement notable de l'état général. Localement, il ne reste plus qu'une petite érosion jaunâtre superficielle ; la tuméfaction a complètement disparu.

*Examen histologique.* — Quatre fragments avaient été excisés. Tous ont été fixés par l'aleool, inclus dans la paraffine, coupés et colorés par le bleu polychrome, la fuchsine acide, l'hémateine, etc. L'épiderme est intact, dans la plupart des points. Au niveau des invaginations qui correspondent aux cryptes, l'épiderme est parfois énergiquement attaqué par les leucocytes ; cette attaque semble venir du dehors comme si un exsudat s'était formé à la surface, s'était organisé et avait servi de conducteur aux leucocytes.

Au-dessous de la muqueuse, on trouve une infiltration très dense de petits lymphocytes tantôt tassés irrégulièrement, tantôt allongés en minces traînées suivant les fines cloisons du tissu réticulé ; enfin, en quelques points, les lymphocytes s'agminant en masses arrondies, à bord assez nets, qui ont un faux air de tubercule mais ne présentent aucun signe de dégénérescence et ne représentent rien autre chose que des follicules clos tels qu'on les trouve à la coupe de toutes les amygdales enflammées.

Les caractères de l'infiltrat embryonnaire se modifient à mesure qu'on avance dans la profondeur. A côté des nappes et des traînées de lymphocytes, on rencontre des cellules plasmatiques nombreuses facilement reconnaissables à leur volume, à leur noyau. Il est manifeste que ces éléments sont plus nombreux dans la zone où abondent les capillaires et les artérioles. Celles-ci présentent souvent des altérations inflammatoires, prolifération, oblitération, etc.

Enfin, on voit, au milieu des infiltrats, de petits espaces foncés, occupés par des amas de cellules plus grandes, de formes irrégulières, à bords mal limités, munies d'un seul noyau pauvre en chromatine, mal coloré et beaucoup plus petit que la cellule.

En deux points, nous avons trouvé une cellule géante parfaitement caractérisée.

On voit que les résultats de cet examen ne sont pas absolument négatifs ; ils nous obligeraient à hésiter entre une tuberculose possible et la syphilis tertiaire. La tuberculose avait en sa faveur la présence de deux cellules géantes, mais cela est incomplètement suffisant. Six coupes

colorées par le Ziehl ne révélèrent aucun bacille. Dans tous les cas, on pouvait exclure la sclérose initiale, et si c'était de la syphilis, seule la syphilis tertiaire pourrait engendrer de pareils désordres. L'efficacité extraordinaire du traitement mixte a montré qu'il en était bien ainsi.

### **Épithélioma observé sur un lupus de la muqueuse bucco-pharyngée.**

Par MM. CH. AUDRY et IVERSENE (de Toulouse).

Le lupus de la muqueuse bucco-pharyngée n'est pas rare, et d'autre part, l'épithélioma complique le lupus de la peau plus souvent qu'on ne le pensait autrefois. Mais le lupus des muqueuses compliqué d'épithélioma paraît être très exceptionnel.

En voici une observation où le diagnostic a été difficile et n'a pu être déterminé que par l'examen histologique.

Pierre S..., âgé de 49 ans, fils d'un père phthisique, et sans antécédents personnels, ne fait remonter qu'à trois mois les accidents qui ont marqué pour lui le début de la maladie qui l'amène à la clinique. Ces accidents furent caractérisés par une douleur à la déglutition qui a été sans cesse en s'accroissant.

A son entrée à la clinique, c'est un homme tout à fait amaigri, très pâle, assez faible et qui ne s'alimente que très mal à cause de la difficulté à avaler. Il ne tousse pas et l'auscultation ne révèle aucun phénomène anormal. A l'examen de la bouche, on voit que tout le voile du palais est recouvert par une ulcération rougeâtre mamelonnée, couverte d'exsudats à bords nets, séparés de la peau saine par un sillon peu profond. Cette ulcération s'avance sur la ligne médiane jusqu'au palais osseux; latéralement elle s'étend sur les joues, occupe la muqueuse gingivale rétro-malaire et s'étale un peu sur les parties adjacentes de la joue à droite, elle s'étend en arrière passe sur l'amygdale et sur les parties latérales du pharynx. En bas elle couvre complètement le segment postérieur de la langue qui est couverte de bourgeons jaunes et rouges, brillants, irréguliers : c'est surtout dans les fossettes épiglottiques que la lésion est déve- loppée.

L'examen laryngoscopique fait par M. le Dr ESCAT, montre que l'épiglotte est envahie par continuité, infiltrée, épaissie de couleur rosée. Le vestibule du larynx et la glotte ne présentent que de simples lésions catarrhales.

Sur le voile, là où la surface est comme grenue, papillaire, presque végétante, les bords sont limités par un sillon net, assez profond sans décollement. Sur les joues l'érosion est plus superficielle, presque à niveau avec les muqueuses voisines dont elle est séparée par un bord épidermique blanchâtre. Ici, comme au niveau de l'amygdale et de la paroi pharyngée, la lésion est colorée en rose vif, semée de petites saillies

blanchâtres, probablement de petits exsudats ou des débris d'épiderme. Tout est douloureux au toucher.

Adénopathies sous-maxillaires multiples qui ont été beaucoup plus marquées et sembleraient rétrocéder momentanément.

Diagnostic hésitant entre l'épithélioma et la tuberculose.

Excision d'un fragment dans le segment gauche du voile du palais dans une région où le bourgeonnement, l'aspect épithélioïde ont une apparence tout à fait singulière.

Alcool. Paraffine. Coloration par le bleu polychrome. Les coupes ont été faites par M. Sarda, externe du service.

Les parties profondes du fragment ainsi enlevé présentent les lésions habituelles du lupus le mieux caractérisé. Les nodules sont très complets, les cellules géantes nombreuses et bien développées, cellules épithélioïdes, etc.

Les couches superficielles offrent des ulcérations singulières et variées.

Premièrement, en quelques points, on retrouve encore l'épiderme assez épais, avec un système de pointes de Schultze très apparent et se poursuivant presque jusqu'aux strates les plus externes. Les parties profondes de la couche de Malpighi et la couche cylindrique ne sont presque plus reconnaissables; les cellules ont subi une sorte de dégénérescence vacuolaire intense de telle sorte que l'épiderme est comme alvéolé: c'est exactement l'apparence que l'on retrouve dans les profondeurs du mamelon atteint de maladie de Paget, sauf les figures encapsulées qui n'existent pas ici.

Cet état alvéolé, spongieux, se poursuit profondément de telle sorte qu'en certains points, il est impossible de saisir la démarcation entre l'épithélium et ce qui représente le tissu conjonctif. Cette zone épaisse est semée de tubes glandulaires souvent bien conservés, mais les glandes même sont sur un plan plus profond. Au-dessous on retrouve tantôt du tissu lupique, tantôt des bandes de tissu conjonctif, violemment infiltrés de petites cellules rondes désordonnées ou ordonnées suivant les faisceaux.

D'autres territoires sont formés par une infiltration diffuse de cellules évidemment épithéliales cubiques ou atypiques, disposées en boyau entre de minces cloisons conjonctives et qui n'attaquent pas encore les canaux des glandes.

Enfin un bourgeon tout à fait extérieur offre une structure typique d'épithélioma. Cet épithélioma est formé par des cellules serrées, cylindriques à noyau plus volumineux, riches en chromatine, allongées comme les cellules qu'ils remplissent, les cellules remplissent des nids limités par de minces cloisons conjonctives sur lesquelles la couche profonde repose perpendiculairement. C'est exactement l'apparence des épithéliomas sous-épidermiques et de quelque ulcus rodens.

Il est complètement impossible de dire aux dépens de quels tissus s'est développé cet épithélioma: cependant, en l'absence de tout caractère épidermique nous pensons qu'il est vraisemblablement parti d'un point du système glandulaire. Cette dernière lésion nous paraît distincte de l'infil-

tration des cellules cubiques, claires, disposés en minces boyaux alvéolaires que nous avons signalés comme représentant une dégénérescence peut être également épithéliomateuse de certains points de l'épiderme de la muqueuse.

Comme de premiers examens ne nous avaient révélé que du lupus, nous fîmes une séance de galvanocaustie. Puis une fois bien édifiés sur la nature du mal, nous laissâmes de côté tout traitement actif, le malade quitta le service, la cachexie marchait rapidement.

A tous égards, cliniquement et histologiquement, l'observation nous a paru intéressante, car elle indique ici l'existence d'un processus de dégénération épithéliale et épithéliomateuse, bien singulier et inobservé dans de telles conditions.

*Le Secrétaire,*

LOUIS WICKHAM.

## REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE (1)

*Séance du 14 octobre 1896.*

#### **Erythrodermie.**

M. KAPOSI présente une femme de 40 ans dont depuis cinq mois toute la surface du corps présente une coloration rouge. Les Français désignent ces cas sous le nom d'érythrodermies et rangent certainement dans ce nombre des cas avec rougeur diffuse comme dans le psoriasis généralisé, l'eczéma généralisé, des pityriasis rubra ainsi que des cas de nature encore obscure telle que la malade qui fait le sujet de cette présentation. Il y a ici une parésie diffuse des muscles des vaisseaux; la peau est complètement lisse, non squameuse, ce qui distingue cet état de l'eczéma. Contrairement aussi à ce qu'on observe dans ce dernier il n'y a pas d'œdème proprement dit, mais d'autre part la peau est plus épaisse que dans d'autres érythèmes, sur le front, le cou, la poitrine et les membres. Elle n'est pas pâteuse, molle comme dans l'eczéma. Primitivement cette infiltration était beaucoup plus forte et formait sur le front et le cou d'épais bourrelets, ce cas rappelait ceux qui, dans leur marche ultérieure, se transforment en lymphodermie pernicieuse ou en mycosis fongoïde. La malade accuse en outre des douleurs térébrantes augmentant à la pression, de l'insomnie et un malaise général; parfois il y a un peu de fièvre. L'examen du sang montra des cellules éosinophiles, d'ailleurs rien d'anormal. Pas d'albumine. Localement, applications émollientes, jusqu'à présent les vaisseaux ont repris par places leur tonicité, la rougeur n'est plus aussi uniforme, en quelques points petites taches blanches punctiformes. Contre le prurit on a essayé le chlorure de calcium, mais la malade n'a pas pu le tolérer longtemps. Il est possible qu'on ait affaire à un mycosis fongoïde en voie de développement.

M. LANG fait remarquer combien il est difficile de faire l'examen du sang dans les cas d'infiltration générale de la peau, peut-être serait-il préférable de le prendre sur les muqueuses, en tout cas elles ne sont pas altérées.

#### **Pemphigus vulgaire.**

M. KAPOSI. — Le cas actuel est instructif en ce qu'il a été observé dès le début. C'est un homme de 70 ans, jusque-là tout à fait bien portant. Il survint tout d'abord un érythème, qui se transforma en une urticaire annulaire, plus tard des bulles se produisirent. En outre il y avait des symptômes subjectifs, insomnie et inappétence.

(1) *W. Min., med. Wochensh.*, 1896, p. 1023.

### **Pemphigus local.**

**M. KAPOSI.** — On sait que le pemphigus peut rester localisé à une moitié du corps pendant des mois, même des années. Quelques-uns de ces cas ne devraient peut-être pas être désignés sous le nom de pemphigus, tels sont ceux dans lesquels on ne trouve des bulles que sur le dos des mains. On pourrait rattacher cet état à une parésie des vaisseaux, à une cyanose avec augmentation de la perméabilité des vaisseaux pour le sérum. Köbner et d'autres auteurs ont, sous le nom d'épidermolyse bulleuse héréditaire, décrit des cas où, chez plusieurs membres de la même famille, depuis la plus tendre enfance, sur tous les points exposés à une pression, aux talons, à la plante des pieds etc., sur lesquels il ne survient habituellement qu'un érythème, l'épiderme se soulève et il se fait une exsudation de sérum. Le malade actuel est au contraire un homme de 60 ans, bien portant jusqu'à ce moment; depuis trois mois il a sur le dos du pied droit des bulles disséminées, localisées jusqu'à présent à cette région, cependant l'orateur croit que l'éruption continuera à se développer. Il se rappelle un cas où la première éruption survint au cuir chevelu et par suite de l'amas des croûtes ressemblait tout à fait à un eczéma impétigineux; mais plus tard il survint un pemphigus généralisé grave, qui ne peut pas être rapporté à de la cyanose, vu que le reste de la peau présente une coloration normale et l'affection ne concerne que le dos du pied.

**M. NEUMANN** connaît plusieurs cas où pendant des années des bulles isolées existaient sur le dos des mains. Il se rappelle un cas où il survint, en connexion avec une opération de cataracte, une tuméfaction et une rougeur de la conjonctive palpébrale et bulbaire sans cause appréciable; plus tard il se produisit un abcès dans le creux de l'aisselle et dans le pli iléo-crural et des bulles sur d'autres surfaces de frottement, bulles qui n'envahirent qu'ultérieurement tout le corps.

### **Lèpre tubéreuse et maculo-anesthésique.**

**M. KAPOSI.** — Il s'agit ici d'un malade originaire de Philippopoli; les sourcils manquent, le dos des mains et les avant-bras présentent la couleur bronzée caractéristique; nodosités très confluentes à la face, nodosités et infiltration diffuse du dos des pieds et des jambes; anesthésies sur les côtés de la flexion des membres. Le malade est depuis quelque temps très affaibli. Nombreux bacilles. Ses parents et ses frères et sœurs sont bien portants, le malade depuis 7 ans n'a pas quitté sa résidence. Ce cas prouve de nouveau que, bien que la contagiosité de la lèpre puisse être considérée comme démontrée, des infections surviennent difficilement. Un fait intéressant, c'est que le malade est originaire d'un pays où jusqu'à présent il n'a pas été question de lèpre. Si dans ces derniers temps les communications se multiplient en ce qui concernent les foyers lépreux déjà connus et sur les nouveaux, ceci tient moins à une augmentation réelle des lépreux qu'au progrès de nos connaissances pour établir le diagnostic. Récemment Blaschko a relaté en détail les cas de la Province de Memel, Ehlers ceux d'Islande. Il y a peu de temps ou a de nouveau ouvert des léproseries à Dorpat et à Riga.

**M. NEUMANN** voit dans ce cas la confirmation qu'il existe dans tous les



états des Balkans des foyers lépreux. Quant à la Roumanie et à la Bosnie, c'est suffisamment connu, on a observé quatre cas dans le Monténégro. Il y a peu de temps Glück a relaté un cas observé à Sarajevo, cas provenant de la Dalmatie, tandis que les cas cités par v. Hovorka, ne sont pas tout à fait à l'abri d'objections, quant au diagnostic. De la Serbie et de l'Albanie on ne sait rien jusqu'à présent.

M. LANG a observé à Innsbruck un cas que l'on peut regarder comme autochtone. Vraisemblablement il s'agissait d'une contagion venant de l'Italie du Nord.

M. EHLMANN fait remarquer que Ehlers regarde la lèpre en Islande comme un reste de la lèpre du moyen âge et donne la preuve historique qu'on a supprimé partout trop tôt à cette époque les léproseries.

#### **Eléphantiasis de la face.**

M. KAPOSI. — Il s'agit d'une fille de 19 ans venue à la clinique pour une tuméfaction considérable des deux paupières inférieures. L'ouverture des paupières n'était plus possible à ce moment, actuellement la tuméfaction a diminué. La peau est d'un blanc normal, au toucher on sent une dureté qui à droite s'étend sur les joues et jusqu'au muscle sterno-cléido-mastoïdien, à gauche jusqu'au pavillon de l'oreille et à l'angle du maxillaire inférieur. La malade dit avoir eu, il y a environ 10 mois, du gonflement et de la fièvre. Sans doute il s'agissait d'un érysipèle dont il a été impossible de trouver le point de départ, les dents sont saines ; à l'orifice des fosses nasales, ni eczéma, ni lupus, ses yeux sont actuellement normaux. La malade a eu pendant son séjour à l'hôpital à plusieurs reprises de légères récurrences d'érysipèle, avec élévation de température. Il ne peut être question de myxœdème.

#### **Rhinosclérome.**

M. KAPOSI, présente deux cas de cette affection, dans ces deux cas on a constaté la présence des bacilles.

M. LANG a observé il y a 8 ans un cas de sclérome qui au bout de quelque temps présenta l'aspect caractéristique d'un carcinome exulcéré. On pourrait admettre que le carcinome s'était développé sur un rhinosclérome, comme ceci se produit sur un terrain syphilitique ou lupique. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un rhinosclérome pur.

#### **Cas probable de mycosis.**

M. KAPOSI présente un malade avec **plaques spéciales** dans la région de l'arc costal et de l'épigastre. Les plaques, au nombre de cinq, consistent en croûtes irrégulièrement configurées résultant de la dessiccation du sérum qui s'écoule en grande quantité. Sur le bord, nombreuses papules et vésicules de la grosseur d'un grain de mil. Les plaques de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent résultent de la confluence de vésicules semblables plus petites qui sont survenues en plusieurs poussées, en groupes concentriques. Cet état a l'aspect d'un impétigo herpétiforme, mais nullement d'un eczéma ordinaire. Si on détache une croûte il y a au-dessous une surface rouge, le réseau est humide, trouble, avec un bord

simplement frangé correspondant aux vésicules marginales. L'impétigo contagieux de la face présente parfois un aspect analogue. Peut-être faut-il admettre pour cette affection, comme pour l'impétigo contagieux, un agent infectieux. On n'a pas trouvé jusqu'à présent de champignons. Dans le creux axillaire droit, plaque eczémateuse nettement limitée, rouge, très humide, de la dimension de la paume de la main.

M. LANG est également convaincu qu'il s'agit d'une maladie mycosique

#### **Lupus vulgaire.**

M. LANG présente un garçon de 9 ans, atteint de lupus vulgaire sur différentes régions du corps. La maladie existe depuis quatre ans et a envahi la plus grande partie du scrotum. En outre, on sent un cordon de la grosseur d'une plume de corbeau s'étendant dans la partie lupique vers le testicule gauche, le testicule est hypertrophié, dur et fondu avec l'épididyme en une masse unique. Il s'agit sans doute ici d'un processus analogue à celui qu'on observe sur la peau, et le cordon dur indique la voie par laquelle l'infection s'est faite. Comme il ne saurait être question d'un lupus du testicule, mais de tuberculose de cet organe on a la preuve clinique que lupus et tuberculose représentent deux processus très rapprochés.

M. NEUMANN croit qu'il s'agit dans ce cas d'une localisation simultanée de tuberculose dans le testicule et dans la peau.

#### **Réinfection syphilitique.**

M. LANG présente un homme de 31 ans, qui a été traité dans son service en mai et juin 1893, pour une sclérose du prépuce et du pubis, avec lymphadénite; les cicatrices sont encore visibles actuellement. Ce malade fut alors congédié sans exanthème, il revint en mars 1894 avec des papules sur le pénis et au scrotum. Le 12 septembre de cette année, il fut admis dans le service de l'orateur pour un ulcère du volume d'une noisette située sur le gland.

Engorgement des ganglions inguinaux des deux côtés. On diagnostiqua une gomme. Le 20 septembre, syphilide papuleuse sur le tronc et les membres, il s'agit donc, suivant l'auteur, d'une réinfection syphilitique incontestable trois ans et trois mois après la première infection. A l'époque il fut traité localement et ne prit ni mercure, ni iode.

M. NEUMANN fait remarquer à cette occasion qu'il a vu dans ces dernières années 6 à 7 cas de réinfection, et il ne peut comprendre comment Fournier a pu dire il y a peu de temps qu'il n'a encore jamais vu de réinfection. Toutefois, on ne saurait regarder tout ulcère à base dure comme une affection primaire; on ne peut admettre de réinfection que si on a vu soi-même une ulcération se développer, les ganglions lymphatiques se tuméfier et un exanthème général apparaître.

M. NEUMANN présente : 1° une paysanne de 22 ans, atteinte de **syphilis ulcéreuse de la face**; 2° un homme de 36 ans, qui en septembre 1894 fut traité dans la clinique de l'orateur pour une syphilis récente. Le 15 septembre de cette année, il est revenu à l'hôpital pour ulcère induré qui occupe exactement le siège de l'affection primaire antérieure, *récidive in situ*.

M. RILLE présente un malade, âgé de 60 ans, atteint d'**épithéliome plat (ulcus rodens) de la face**. L'affection existe depuis environ treize ans, après 35 injections faites chaque jour de solution de Fowler, l'ulcère s'est cicatrisé aux trois quarts; sur les parties centrales le tissu de la tumeur est complètement éliminé et remplacé par un tissu cicatriciel, seulement vers la racine du nez, il n'y a pas de tendance à la guérison.

M. SCHNABL présente : 1° un cas de **lupus vulgaire** du dos du pied guéri par l'excision et la transplantation, d'après la méthode de Thiersch.

2° Un cas d'**épithéliome développé sur un terrain gommeux**. Affection primaire en 1872, traitée localement; en 1887 et 1888, syphilide tuberculeuse du tronc et de la face guérie après un traitement ioduré. Actuellement, depuis six semaines, ulcère sur la joue gauche; sur la paupière supérieure gauche infiltrat ulcéré, sur l'arcade sourcilière du même côté, plaque rouge et infiltrée en partie cicatrisée, sur l'épaule gauche et sur la face d'extension du bras droit, ulcération à bord dur. Le traitement spécifique n'a pas donné de résultat. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une prolifération épithéliale inflammatoire chronique concernant un tissu traversé par des cellules rondes et en quelques points de cellules géantes.

M. LANG. — La multiplicité des nodosités ferait penser à des métastases, mais s'il en était ainsi le malade serait plus affaibli.

M. SCHNABL présente : 1° un cas d'**affection syphilitique primaire de la langue**; 2° un cas de **syphilis précoce du système nerveux central**.

*Séance du 28 octobre 1897.*

M. SPIEGLER présente un garçon de 4 ans, atteint de **lupus érythémateux**.

#### **Eradication de la syphilis.**

M. NEUMANN présente : 1° un malade âgé de 21 ans, chez lequel le 29 avril, au 35<sup>e</sup> jour de la maladie, on a extirpé l'affection syphilitique primaire et tous les ganglions inguinaux accessibles (environ vingt). Ce malade quitta le 3 juin, au 77<sup>e</sup> jour de la maladie, la clinique, sans avoir présenté aucune espèce d'accidents consécutifs. Il n'était survenu ni de l'hypertrophie des ganglions cubitaux et cervicaux, ni les symptômes subjectifs de la période éruptive. Actuellement, au bout de sept mois, on constate une syphilis secondaire (psoriasis palmaire, plaques muqueuses de la cavité buccale).

2° Un malade de 22 ans, atteint de **psoriasis vulgaire**.

#### **Psoriasis vulgaire.**

M. GROSZ présente une malade du service de M. Mracek, traitée avec l'iodothyridine. Cette malade a eu depuis l'âge de 14 ans à plusieurs reprises du psoriasis. Au moment de son entrée à l'hôpital, au mois de mars dernier, elle avait une infiltration diffuse de la peau avec amas considérable des squames sur tout le corps. On prescrivit l'iodothyridine à doses croissantes de 0,5 (triturer avec du suc de lait) jusqu'à 6 gr. et les symptômes

disparurent complètement du 12 mars au 4 avril. Comme parérgies on constata de la céphalalgie et de l'inappétence, des troubles psychiques temporaires. Après son départ, elle resta indemne de psoriasis jusqu'au mois d'août où il survint sur tout le corps des plaques très squameuses plus grandes que la paume des mains. Parmi tous les cas soumis à cette médication il n'y en eut pas un seul d'aussi grave ; en raison de l'efficacité du premier traitement on donna de nouveau de l'iodothyline, d'autant plus que la malade elle-même la réclamait. Elle en prit jusqu'au 4 octobre 133 gr.

M. NEUMANN remarque que ce traitement agit comme celui avec l'iodure de potassium. Dans une série de cas, il a donné des doses élevées d'iodure de potassium ; le psoriasis nummulaire guérissait complètement, mais il y avait des récidives.

M. RILLE. — Le dernier malade, ainsi traité a pris en 40 jours 1,175 gr. d'iodure de potassium. On commença avec 2 gr. jusqu'à 60 gr. par jour pour redescendre ensuite à 1 gr. Dès le premier jour, il survint de l'œdème des paupières qui disparut, sauf qu'il fut nécessaire d'interrompre la médication. Comme l'affection de la peau était déjà guérie et qu'il était survenu des vertiges et de la céphalalgie, on cessa le traitement ; pendant la cure le malade avait augmenté de 3 kil. et demi et son état général était satisfaisant.

M. LANG a essayé le traitement ioduré il y a plusieurs années. Un malade prit jusqu'à 40 gr. par jour, on dut le cesser, en raison d'une anurie qui persista vingt-quatre heures.

M. SPIEGLER est d'avis que l'action de l'iodothyline n'est pas simplement une action iodique. Ce qui le prouve c'est la faible proportion d'iodothyline qui ne renferme qu'une petite quantité d'iode. La substance active est sans doute la partie organique de la préparation.

M. GROSZ. — D'après Baumann l'iodothyline est plus active que la glande thyroïde fraîche, vu qu'elle n'est pas attaquée par la digestion mais est résorbée telle quelle. Dans ce cas l'iode serait préférable.

M. EHRLMANN — L'iode serait peut-être moins rapidement éliminé ; il demande si on a fait des recherches dans ce sens.

M. NEUMANN présente : 1° un malade de 26 ans atteint de **syphilis maligne précoce** ; 2° une fille de 25 ans, atteinte de **gommcs cutanées** de la pointe et des ailes du nez, ainsi que de la lèvre supérieure, ayant une grande analogie avec un lupus ; 3° une couturière de 42 ans, atteinte d'une **gomme ulcérée** de l'épaule gauche. Le processus paraît avoir envahi les tendons et la capsule articulaire.

#### Dermatite généralisée.

M. LANG. — La maladie actuelle a commencé il y a quatre ans sur le pavillon des oreilles, d'où elle s'est étendue sur la face et plus tard sur la poitrine, elle est caractérisée par des vésicules entourées d'une aréole rouge ; sécrétion abondante et croûtes. En 1894, le cuir chevelu fut envahi. Bientôt survinrent dans la région de l'oreille de nouvelles efflorescences confluentes, prurigineuses et sécrétantes. Actuellement, tout le corps est envahi. On peut penser ici à une infiltration de la peau, peut-

être aussi du tissu sous-cutané. Cet état a amené une abondante prolifération de cellules qui peut avoir pour conséquence une invasion du sang par des leucocytes. Il est facile de comprendre que dans ces conditions il peut se produire des tumeurs leucémiques de la peau. L'examen du sang montra une diminution de l'hémoglobine et une leucocytose marquée. Dans les ganglions lymphatiques et les organes internes rien d'anormal à signaler.

M. NEUMANN. — Le diagnostic est actuellement difficile à établir ; toutefois on pourrait penser à un pemphigus foliacé, car il y a eu des bulles sur la poitrine.

Dans un pemphigus de longue durée il ne se produit plus de bulles, l'épiderme n'étant plus assez résistant.

#### **Maladie trophique du maxillaire consécutive au tabes.**

M. RILLE. — Ce cas concerne un malade âgé de 18 ans, qui a contracté la syphilis en 1890. A cette époque et trois ans plus tard, il fit 50 frictions. Les phénomènes datent de 1894. Le malade remarqua alors que des deux côtés du maxillaire supérieur, il y avait dans la région des dernières molaires une ouverture de la dimension d'une pièce d'un franc à la suite de la chute d'une dent non cariée, ouverture par laquelle on arrivait dans l'antre d'Highmore. Comme ces lésions altéraient la voix et lui donnaient un son nasal, le malade fut obligé de boucher l'ouverture avec de l'ouate. La moitié droite du visage est anesthésiée. Il résulte de la symétrie des lésions, de la chute de dents saines, de la rapidité de l'évolution et de l'absence des douleurs, ainsi que de l'anesthésie de la muqueuse, des gencives dans les régions atteintes, enfin peut-être aussi de la localisation, qu'il s'agit ici de troubles trophiques et non d'ostéopériostite gommeuse. On sait que l'affection du maxillaire peut survenir à toutes les périodes du tabes et, comme le mal perforant du pied, être le premier symptôme de la maladie.

M. EHLMANN demande à quelle époque remonte l'apparition des premiers symptômes du tabes. On a de nouveau récemment mis en doute l'origine syphilitique du tabes. Dernièrement on a décrit un cas de tabes avec sclérose récente.

M. RILLE. Les premiers symptômes tabétiques sont survenus dans la quatrième année après l'infection. Le malade eut alors une diphtérie, avec paralysie consécutive du voile du palais.

M. LANG. — L'infection syphilitique d'un tabétique n'influe en rien l'hypothèse d'une corrélation entre le tabes et la syphilis, à plus forte raison si nous admettons la réinfection.

M. GRÜNLED fait ressortir qu'on n'a jamais admis que tout tabes était provoqué par la syphilis, il y a encore d'autres causes.

M. NEUMANN rappelle les cas de tabes qui se sont améliorés sous l'influence du traitement anti-syphilitique et l'analogie des lésions histologiques dans la moelle avec celles dans la syphilis.

M. POPPER présente : 1° un malade atteint de **méningite syphilitique de la base**, au cinquième mois de la maladie. En mai de cette année lésion primaire et exanthème, au milieu d'août céphalée violente avec exacer-

bation nocturne, au bout de trois semaines sensibilité de la nuque à la pression et dans les mouvements. Le 18 octobre parésie faciale du côté gauche, troubles dans la sphère de l'hypoglosse, exagération des réflexes rotuliens à gauche, diminution de l'intelligence, ralentissement du pouls. Deux jours après paralysie du rameau frontal du facial, parésie de la moitié gauche du corps, réflexes rotuliens abolis. Sous l'influence d'un traitement mercuriel énergique les accidents disparurent lentement.

M. LANG ajoute que, à l'apparition des symptômes méningitiques graves, on appliqua un traitement mercuriel énergique de façon à introduire la quantité habituelle en deux points séparés.

M. KRONFELD. — Dans ce cas la résorption est plus facile. Les injections furent répétées tous les deux à trois jours jusqu'à l'apparition de la stomatite. En cas d'intoxication on exciserait le foyer injecté.

M. EHRLMANN a une fois injecté par erreur une solution dix fois trop forte de peptonate de mercure, il fit une incision au bout de quelques heures et lava avec de l'eau de chaux. Le lendemain stomatite intense, l'exanthème avait pâli.

M. POPPER présente : 1° un cas de **lupus vulgaire** des joues, chez un garçon de 22 ans, opéré avec succès par la méthode de Thiersch ; 2° un malade de 23 ans atteint d'**ulcères tuberculeux de l'anus** avec phthisie pulmonaire et laryngée.

Séance du 11 novembre 1896.

### Pemphigus.

M. KAPOSI présente cinq malades atteints de pemphigus qui offrent simultanément les différents types et périodes de la maladie pouvant se présenter successivement chez un même individu.

1° Un malade avec disques rouges, restes de bulles antérieures flasques, avec zone marginale d'épidermisation, et décollement des bords en quelques points. Il existe une certaine ressemblance avec l'eczéma croûteux, toutefois les croûtes sont ici constituées par de plus fines lamelles. Il en est ainsi à la face et au cou jusqu'au-dessus du sternum ; sur le tronc on a plutôt affaire au pemphigus foliacé ; au pli axillaire une bulle flasque ; sur les avant-bras, les membres inférieurs, bulles disséminées ayant les caractères de celles du pemphigus vulgaire. En raison de la flaccidité des bulles on pourrait désigner la maladie sous le nom de *pemphigus cachectique*.

2° Le second cas concerne une malade dont la première éruption est constituée par les formes les plus différentes de l'érythème. Bon nombre de plaques érythémateuses pâlisent sans qu'il survienne de bulles, tandis qu'il en apparaît sur d'autres points. On trouve en outre des bulles tendues, de la grosseur d'un pois à celle d'une noix, qui ne s'étendent pas à la périphérie comme dans le cas précédent, mais s'épidermisent de nouveau. Cependant ces cas de pemphigus vulgaire peuvent prendre un caractère malin, lorsque le malade est affaibli par suite d'une sécrétion abondante, tandis qu'une forme circonscrite comme la première peut



avoir une marche favorable quand l'évolution est lente et qu'il y a épidermisation. Cette malade eut de la fièvre en raison de l'étendue de l'éruption. Ni dans ce cas ni dans le précédent les muqueuses ne furent atteintes.

3° Dans ce troisième cas il s'agit de *formes abortives de pemphigus* ayant leur siège sur la poitrine et le dos, c'est-à-dire de bulles qui peu après l'apparition de l'exsudation s'affaissent ; puis l'épiderme se dessèche. Cette forme peut-être disséminée, présenter une disposition circinée, elle se manifeste dans les rémissions du pemphigus qui durent des semaines et des mois, mais on l'observe aussi comme éruption initiale ; alors le diagnostic est souvent très difficile.

4° Un cas de *pemphigus solitaire ou local* ; bulles symétriques sur le dos des mains et les pieds ainsi que sur le pavillon des oreilles.

5° Enfin un malade qui a d'abord présenté de l'érythème, ensuite une éruption considérable de bulles accompagnée de fièvre ; actuellement ce malade est dans une période de rémission.

M. SCHIFF présente un enfant atteint d'**érythème noueux avec de nombreuses ecchymoses** et température élevée. Il s'agit sans doute d'une maladie infectieuse, se traduisant par des nodosités et des hémorrhagies de la peau.

M. KAPOSI a toujours été d'avis que l'érythème noueux, le purpura rhumatismal et l'érythème multiforme sont de même nature : les premiers sont les formes graves, elles peuvent se combiner entre elles.

M. NEUMANN. — Les érythèmes peuvent survenir comme maladies infectieuses indépendantes ou comme affections symptomatiques dans les cas de rétention du pus, dans la diphtérie, la syphilis, etc.

M. KAPOSI présente un enfant atteint de **maladie maculeuse de Werlhof** ayant son siège sur les cuisses, les surfaces de flexion des membres supérieurs, les épaules, etc. La maladie existe depuis deux ans et survient surtout dans la saison froide.

M. POPPER (service du professeur Lang) présente deux cas de **lupus vulgaire** des joues guéris par l'excision et la transplantation d'après la méthode de Thiersch dans un cas, et dans l'autre en prenant un lambeau pédiculé dans la région cervicale.

#### **Pityriasis rubra.**

M. NEUMANN. — Journalier de 32 ans. Début de la maladie il y aurait 8 mois, avec frissons et sensation de faiblesse générale. Sur le tronc et les membres, principalement sur le thorax, le dos et les fesses, la peau est brun rouge pâle jusqu'à livide, ridée, très amincie et atrophiée, sillons et lignes très apparents. Il existe en outre en ces points une desquamation sous forme de squames furfuracées, transparentes, minces, un peu brillantes. La face interne des jambes, le creux des jarrets, les parties génitales, les plis inguinaux sont indemnes. Sur l'abdomen nombreuses taches blanc clair, semblables à des cicatrices, avec bord rouge. On pourrait penser à un pityriasis rubra, à une atrophie de la peau, à un lichen ruber ou à de l'ichthyose. Il faut exclure les deux dernières affections vu que la peau est molle au toucher, mais la maladie actuelle ne ressemble tout à fait ni au pityriasis rubra ni à l'atrophie de la peau.



M. KAPOSI croit qu'il s'agit ici d'une atrophie idiopathique de la peau. Dans le pityriasis rubra on n'observe une semblable atrophie qu'après plusieurs années. L'atrophie actuelle rappelle plutôt la *glossy skin*. L'orateur signale aussi les districts atrophiques cicatriciels correspondants à la direction des fentes de la peau, districts qui sont entourés de vaisseaux ectasiés, comme on les rencontre au voisinage des parties atrophiques et cicatricielles de la peau. Ces atrophies peuvent aussi être unilatérales sur un membre. La peau est alors flétrie comme celle d'un vieillard. Les causes sont variables, Pospelow cite un cas où un membre était resté exposé durant plusieurs heures à la pluie et au froid; la peau de l'avant-bras ressemblait ensuite à du « papier à cigarette froissé ». Peut-être la cause est-elle aussi la disparition du tissu conjonctif sous-cutané avec oblitération des plus petits vaisseaux environnants. Cet état est analogue également aux stries et aux macules atrophiques de la peau, qui sont occasionnées par la distorsion de la peau, l'extension des papilles, la déchirure de quelques petits vaisseaux. Le professeur Fuchs a décrit une série de cas avec atrophie des paupières. Dans ces cas la paupière est transformée en un sac large qui retombe sur le pli palpébral et empêche les malades de voir. Cette lésion serait de même nature que le kraurosis vulvæ de Breisky.

M. NEUMANN présente : 1° le malade, originaire de Roumanie, atteint de **lépre tubéreuse** qu'il a montré à plusieurs reprises. Les nodosités sont plus nombreuses et volumineuses. L'affection s'est aggravée dans le pharynx, la luette est détruite;

2° Un malade atteint d'**affection syphilitique primaire du menton**.

M. POPPER, une malade avec **ulcère gommeux** de la jambe et ulcères du sein. Elle est atteinte de tuberculose héréditaire.

M. LANG fait remarquer que les ulcères du sein présentent les caractères de l'affection qu'il a décrite comme lupoiide. Les infiltrats gommeux, anciens, se transforment au point de prendre l'aspect d'un lupus et dans un cas de ce genre Neisser a constaté la présence de bacilles tuberculeux.

M. KAPOSI présente : 1° une femme de 66 ans atteinte d'un **adénosarcome du sein**, dont la localisation et l'aspect pouvaient faire croire à une maladie de Paget;

2° Un cas de **carcinome** développé sur un **lupus vulgaire**;

3° Un malade présentant un ulcère de forme ovale, croûteux, nettement limité, s'étendant de la commissure buccale jusqu'au milieu des lèvres supérieure et inférieure, le centre est déprimé, cicatriciel; sur les lèvres il y a d'autres foyers de la grosseur d'une lentille. Avant tout on croirait avoir affaire à une syphilide serpigineuse. L'anamnèse ne révèle rien, sur le prépuce et dans le sillon coronaire petites papules. Le bord fendillé de la lèvre supérieure rappelle la **tuberculose de la peau**. Le pemphigus végétant à quelque fois sous cette forme son point de départ à la commissure buccale. L'affection existerait depuis cinq semaines.

MM. ULLMANN et NEUMANN pensent aussi qu'il s'agit de tuberculose.

*Séance du 25 novembre 1896.*

### **Tuberculose papillomateuse de la peau.**

NOBL. — Sur la moitié supérieure de la grande lèvre droite il existe une tumeur qui a envahi le prépuce du clitoris; cette tumeur est rouge pâle, dure et douloureuse, érodée en quelque points, recouverte de croûtes minces; sur les bords prolifération papillaire. Ni les ganglions inguinaux ni d'autres ganglions ne sont engorgés. Pas de syphilis. La longue durée de la maladie et une tuberculose pulmonaire certaine rendent très vraisemblable qu'il s'agit ici d'une tuberculose de la peau.

M. FINGER. — Dans la tuberculose verruqueuse il s'agit de lésions provoquées d'une part par le bacille tuberculeux, de l'autre de lésions déterminées par une immigration de staphylocoques dans les épithéliums fendillés. On trouve par suite à côté d'infiltrats mamelonnés, de très petits abcès qui se vident par pression et constituent un caractère diagnostique important d'avec le lupus verruqueux.

M. ULLMANN. — Le point intéressant dans ce cas consiste en ce que l'affection a son siège à la limite de la peau et de la muqueuse, ce qu'on observe souvent dans la tuberculose. Quand elle envahit la muqueuse la maladie prend un caractère papillomateux typique, tandis que sur la peau elle a la forme clinique et anatomique décrite par Riehl et Paltauf. La présence de bacilles et de l'aréole érythémateuse caractéristique à la périphérie prouvent la proche parenté des deux formes. On a observé un état semblable dans le lupus papillaire, ce qui tendrait à montrer qu'il y a pas non plus de grandes différences entre les deux affections de la peau.

M. KAPOSI demande à M. Nobl ce qui l'a déterminé à exclure le carcinome.

M. NOBL. — C'est la longue durée de la maladie.

M. NEUMANN n'a encore jamais observé de lupus vulgaire sur les organes génitaux de la femme, mais la tuberculose est fréquente dans cette région.

### **Erythromélgie.**

M. FINGER présente un cas de cette affection. Début en 1891 avec rougeur et sensibilité des phalanges terminales, qui survenaient par accès le matin et diminuaient le jour. L'année suivante la deuxième phalange fut envahie et les accès devinrent plus fréquents. Plus tard la maladie gagna la main et l'avant-bras. Il s'agit d'une blanchisseuse exposée au froid et à l'humidité. On a par conséquent affaire à une érythromélgie occasionnée par la paralysie des nerfs des vaisseaux et la dilatation des vaisseaux sanguins. On sait que Lewin distingue trois formes, deux sont symptomatiques, par exemple du tabes, de la paralysie progressive, de la myélite, ou bien d'une maladie centrale fonctionnelle (hystérie, neurasthénie), une troisième est idiopathique.

M. KAPOSI croit que dans ce cas c'est une asphyxie locale, comme on

l'observe précisément dans les engelures. Le caractère différentiel que ces dernières sont toujours circonscrites n'a pas de valeur à ses yeux. Car on voit souvent survenir chez des sujets jeunes des rougeurs diffuses sur les mains et les pieds avec troubles de la sensibilité, qui par moments, surtout le matin et le soir, augmentent et si elles persistent longtemps peuvent entraîner aussi l'hypertrophie du tissu conjonctif. Il s'agit dans ces cas, comme dans les engelures, de parésies des vaisseaux par des causes différentes. Il existe souvent une nutrition défectueuse, de la chlorose ou une impressionnabilité individuelle à des causes nocives, par exemple l'humidité et le froid.

A l'appui de son opinion l'orateur présente une infirmière de sa clinique. Chez elle il existait une *asphyxie* périphérique analogue des vaisseaux. Le bras gauche avait un volume considérable et présentait un aspect analogue au myxœdème. Peu à peu la tonicité des vaisseaux augmenta, toutefois il se développa un épaississement du tissu conjonctif qui persiste encore.

M. FINGER proteste contre l'opinion qu'il s'agissait d'engelures, selon lui l'affection de cette malade dépendrait de la température extérieure et non de la saison, et d'autre part, dans les engelures, même si elles surviennent d'une manière diffuse, il existe des zones d'infiltration plus caractérisée. Elles ont en outre leur siège sur la surface dorsale et envahissent à peine les faces de flexion. En outre un point important c'est la marche. Dans les engelures un infiltrat diffus pourrait survenir sur un doigt, mais on n'a pas encore observé dans les engelures une extension aussi uniforme sur les dix doigts simultanément, de la périphérie au centre.

M. NEUMANN. — Selon lui, M. Kaposi n'a certainement pensé qu'à une de ces hyperhémies passives qu'on observe chez les individus anémiques, surtout chez des jeunes filles, et chez des hommes atteints de lichen des scrofuloux, à la face dorsale des mains et des pieds, au nez et aux oreilles. Elles ne sont pas provoquées, mais seulement aggravées par le froid ; on désigne aussi ces hyperhémies sous le nom d'engelures, bien que cette dénomination ne s'applique à proprement parler qu'à des maladies aiguës comme on les voit survenir consécutivement à l'action d'un froid intense. On observe également avec ces formes des épaississements de la peau que l'on combat par des bandages compressifs. Ces cas ont encore besoin d'être élucidés.

M. KAPOSI a pensé à une asphyxie locale et non à une engelure.

M. GRÜNFELD présente un malade atteint d'**affection syphilitique primaire, compliquée de kyste du prépuce**.

M. KAPOSI présente : 1° Un cas d'**érythème noueux** des membres inférieurs et d'**érythème annulaire** sur la partie supérieure du corps, comme preuve de l'identité des deux maladies ;

2° Un cas de **lichen ruber acuminé** chez une fillette de 10 ans. La maladie n'existe que depuis quelques mois et on la soumettra tout d'abord à un traitement local, sans arsenic ;

3° Un cas de **lupus vulgaire** très étendu de la peau du visage ;

4° Un cas de **lupus vulgaire serpiginéux** et de **lupus papillaire** ;

5° Un malade atteint d'**atrophie de la peau**. Principalement à la cuisse la peau présente des marbrures rouge bleu, avec compartiments déprimés au centre, entourés d'une zone téléangiectasique. L'épiderme est en desquamation comme dans l'ichthyose.

M. NEUMANN présente une malade de 54 ans, atteinte de **dermatomyômes multiples**.

Les nodosités sont disséminées sur la face externe des bras et sur le dos; elles ressemblent à de l'urticaire papuleuse, du xanthome tubéreux. Le diagnostic n'a pu être établi que par l'examen histologique. Les nodosités consistent en petits faisceaux de fibres musculaires lisses, avec noyaux oblongs caractéristiques, dans l'intervalle, tissu conjonctif fibrillaire. Les glandes sébacées sont dilatées, l'état des artères ne donne aucune indication permettant d'admettre une origine artérielle de la néoformation. Ce cas représente le type pur du dermatomyome que Besnier a le premier décrit.

M. KAPOSI rappelle le cas provenant de sa clinique et publié par Lukaszewicz. Il y avait chez ce malade, sur les deux jambes et les bras, un groupe de nodosités analogues, cependant elles étaient à ce point douloureuses que le simple contact des vêtements déterminait des contractures générales réflexes et faisait tout d'abord penser à un névrome.

M. NEUMANN montre : 1° la malade qu'il a présentée dans la dernière séance avec des **gommès du nez**, et 2° comparativement, une autre malade atteinte de **lupus érythémateux** localisé au nez et sur les faces de flexion des doigts; 3° un malade avec une **syphilide polymorphe** étendue du tronc et des membres.

A. DOYON.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN

(Suite.)

### Discussion sur la communication du Dr Havelburg : la lèpre à Rio-de-Janeiro (Suite) (1).

M. JOSEPH. — Les résultats obtenus en Norvège par l'isolement démontrent que la lèpre est contagieuse et que par ce moyen seul on peut enrayer cette maladie.

Pendant combien de temps la lèpre est-elle contagieuse?

Cela dépend de nombreuses circonstances, tout d'abord de l'état des malades eux-mêmes, de la période de la maladie et en second lieu de l'état social de son entourage. Il faudra naturellement décider dans chaque cas particulier jusqu'à quel point il est nécessaire de désinfecter à fond ou d'isoler. A ce point de vue, le fait signalé par Havelburg, à savoir que des infirmiers et deux médecins ont été atteints de lèpre est très intéressant. Ceci concorde avec les observations faites par Arning aux îles Sandwich où cet auteur a également constaté la

(1) *Berl. klin. Woch.*, 1896, p. 1074.

lèpre chez deux médecins. L'orateur croit d'autre part qu'on a observé récemment un fait semblable à l'expérience bien connue de Arning, d'innoculation de la lèpre chez un homme. En effet, le Dr Coffier, de l'île de la Réunion, a rapporté le cas d'un homme qui, condamné à une peine grave dans une maison de correction, préféra, au séjour dans cette maison, celui d'une léproserie et s'inocula lui-même avec la sécrétion d'ulcères lépreux. Quelques années après, il devint lépreux.

Dans la séance précédente, il a été dit qu'on n'aurait pas encore observé qu'une nourrice lépreuse ait infecté par l'allaitement un enfant. Mais le Dr Goldschmidt, de Madère, dit connaître, dans cette île, une famille où plusieurs enfants furent allaités par des nourrices saines, un seul par une nourrice lépreuse et cet enfant devint plus tard lépreux. Un seul fait positif de ce genre a plus de poids qu'un grand nombre de faits négatifs.

Malheureusement nous ne savons rien sur le mode de contagion. Peut-être y aurait-il lieu d'examiner les crachats avec plus d'attention qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, dans lesquels, comme on le sait, il y a de nombreux bacilles. On sait aussi qu'il y a des affections lépreuses des poumons. L'orateur a récemment examiné un cas de ce genre où il y avait une maladie lépreuse des poumons et qui fut constatée *post mortem*. Il sait très bien qu'on a toujours objecté qu'il s'agissait ici de tuberculose; mais dans le cas qu'il a examiné et qui sera publié en détail, il fallait sûrement exclure la tuberculose pulmonaire.

M. F. Koch fait remarquer que ses opinions sont les mêmes que celles exprimées par le Dr Havelburg, et reproduisent aussi celles d'Armauer Hansen. Ce sont du reste celles de tous les médecins qui se sont beaucoup occupés de cette affection, qui vivent dans les pays à lèpre et ont à leur disposition de nombreuses observations de malades. Nous n'avons, il est vrai, aucune preuve dite exacte de la contagion de la lèpre, aucune démonstration expérimentale, mais elles seraient superflues. Il est en effet difficile de les obtenir, vu que le bacille lépreux ne se développe en apparence que chez l'homme. Il faudrait donc trouver un nouvel anonyme du Palatinat qui instituât des expériences analogues ce qui, il faut l'espérer, n'aura pas lieu de sitôt.

Il y a encore des divergences quant au mode d'infection. Ici aussi on n'a aucune preuve expérimentale, mais les faits cliniques répondent nettement. Dans nos latitudes, dans notre climat, comme l'orateur tient à le dire expressément en opposition au professeur Köbner, ce sont les individus les plus pauvres et les plus misérables, particulièrement les pêcheurs et les paysans des côtes de la Baltique et de l'Océan Atlantique du Nord, vivant dans le dénuement le plus complet qui contractent la lèpre. En premier lieu l'orateur incriminerait les logements. Il a lui-même vu et visité en Norvège de nombreuses cabanes de pêcheurs et de paysans. Il peut affirmer que ces logements méritent à peine le nom de cabanes, mais sont bien plutôt comparables à des écuries de chèvre. Elles abritent tout à la fois, le bétail et les hommes. Elles ne sont pas planchéifiées et n'ont pas de fenêtres, mais seulement une petite cloison en bois; la fumée est obligée de s'échapper par la porte; comme lit, ils se servent de grands coffres en bois dans lesquels les individus pénètrent en rampant au nombre de trois

ou quatre. La malpropreté de ces hommes correspond à celles des logements. Ils changent rarement de linge, ils portent surtout des vêtements de laine sur la peau et ils ont une certaine horreur de l'eau froide.

Il est évident que dans ces conditions, avec ce contact intime, ses rapports personnels, prolongés pendant des années, on peut facilement admettre la transmission du bacille lépreux, provenant de lépromes ulcérés, d'une personne à l'autre, éventuellement par l'intermédiaire de plaies de la peau ou des muqueuses. Peut-être ou très probablement les larmes, la sécrétion nasale, celle du pharynx et la salive sont-elles aussi infectieuses et par suite on pourrait accuser l'usage commun des mouchoirs de poche, des serviettes, des draps, etc., des ustensiles de ménage, de table, etc. Il faut encore signaler comme cause accessoire l'alimentation misérable de cette population vivant, toute l'année, de poissons desséchés ou à moitié pourris et peut-être encore de quelques pommes de terre. L'orateur indique ensuite, d'après le mémoire de Ehlers, la nourriture des pêcheurs et des paysans islandais. En Norvège, les conditions ne sont pas aussi mauvaises, mais l'alimentation est assez misérable et en Lithuanie, dans la province de Memel, on sait par les descriptions de Blaschko qu'elles sont peu différentes. En tout cas cette alimentation est insuffisante. Ces individus ont souvent des affections des voies digestives et il est évident que la force de résistance de la population est diminuée et sa réceptivité pour le bacille accrue. L'absence de ces conditions défavorables explique qu'en Norvège et en Islande, la population aisée reste complètement épargnée par la lèpre. En Norvège, on n'aurait encore jamais vu un médecin ni un infirmier atteints de lèpre, bien que le personnel soit depuis des années en contact avec des lépreux dans les léproseries.

Quant aux malades qui viennent des tropiques, comment expliquer ici la contagion ? Il ne s'agit pas d'individus pauvres mais souvent au contraire de personnes très riches. L'orateur, lorsqu'il était jeune médecin de la marine, a observé que sous les tropiques, dans la campagne, les plantations, les factoreries, des rapports intimes s'établissent fatalement avec les indigènes. Il faut aussi tenir compte du climat qui, sous les tropiques, est très défavorable aux Européens et la résistance de l'organisme est diminuée soit directement par le climat, soit indirectement par la malaria.

Quant à la prophylaxie de la lèpre, tous les médecins partisans de la contagion et qui par conséquent savent que le bacille lépreux apparaît exclusivement chez l'homme et qui reconnaissent en outre que la lèpre est incurable, trouvent dans l'isolement des lépreux le seul moyen d'écarter efficacement la maladie. L'exemple du moyen âge et dans les temps modernes celui de la Norvège, en sont les meilleures preuves. Cependant l'isolement est parfois très difficile à appliquer. Il faut faire une grande distinction entre les cas sporadiques venant des tropiques et les cas qui en Europe surviennent sous forme endémique ; les premiers concernent des individus vivant dans l'aisance, pouvant se traiter, s'imposant eux-mêmes un certain isolement et qui ont d'autres notions sur la propreté et l'hygiène que les habitants de la province de Memel. L'orateur est loin de considérer ces cas comme aussi dangereux, d'autant qu'en



Allemagne il y a toujours eu une certaine immunité contre la lèpre. Mais on paraît approcher de la fin de cette période d'immunité qui a duré plus de trois siècles, aussi ces cas doivent-ils provoquer une certaine surveillance de la part des autorités. L'exemple des lépreux norvégiens qui émigrèrent dans l'Amérique du Nord montrent bien que ces cas ne sont pas dangereux. Ils n'ont pas propagé la lèpre en Amérique et ils sont morts sans transmettre leur bacille. Cela s'expliquerait selon l'orateur par les meilleures conditions de vie, les soins de propreté et l'hygiène. Il en est autrement chez les lépreux de la province de Memel où les conditions sont les mêmes qu'en Norvège et en Islande. Ici l'État a le droit, même le devoir d'intervenir. Il doit arracher les individus de leur saleté et de leur misère, les placer dans des léproseries établies sur le modèle scandinave, dans des colonies agricoles où les lépreux pourraient continuer de travailler.

M. LIEBREICH. — Parmi les raisons qui ont été citées par le Dr Havelburg à propos de la contagion, il en est une que l'orateur regarde comme très démonstrative, à savoir que la lèpre a été importée au Brésil. Si on pouvait prouver que dans un pays où jusqu'à présent il n'y a jamais eu de lèpre, cette maladie fait son apparition et devient endémique, ce serait pour la contagion un gros appui. Le professeur Virchow a repoussé ce processus pour le Brésil ou du moins l'a mis en doute. L'orateur ne comprend pas qu'un contagioniste tolère une personne lépreuse dans son voisinage. M. v. Bergmann a raconté qu'il avait gardé chez lui pendant dix années un domestique atteint de lèpre et cependant il croit à la contagion de cette maladie. Il lui semble que si la lèpre était contagieuse, même à un faible degré, il faudrait protéger son entourage. On a cité le cas d'un enfant devenu lépreux pendant qu'il était allaité par sa mère. Il faudrait comparer ce cas avec celui de beaucoup d'autres enfants allaités par des mères lépreuses sans devenir eux-mêmes lépreux. En faveur de l'opinion que la lèpre ne serait pas une maladie purement contagieuse il y a ce fait probant que Danielssen s'est lui-même inoculé à quatre reprises, de 1844 à 1858, avec de véritables nodules lépreux, qu'il a en outre inoculé 9 personnes de son entourage avec des nodosités lépreuses récentes, du sang, etc., sans qu'après des années ces individus aient la lèpre.

On peut il est vrai objecter avec une certaine raison, qu'à cette époque on ne tenait pas encore compte des bacilles. Mais on sait qu'une nodosité lépreuse récente contient toujours des bacilles et il faut dire aussi que si des inoculations ne réussissent pas toujours, il ne saurait être question d'une contagion par les bacilles quelle qu'en soit la nature.

On sait que la contagion est de nouveau mise au premier plan, ainsi que l'a fait ressortir ici Virchow, par la découverte des bacilles. Mais on ne peut ni les cultiver ni les transmettre à l'homme. Et pourtant ce processus réussit même dans les maladies purement infectieuses non regardées jusqu'à présent comme contagieuses. L'orateur est donc autorisé à dire qu'infection et contagion ont été plusieurs fois confondues. La lèpre est une maladie infectieuse mais non contagieuse. Toutes ces idées sont de la plus haute importance pour les malades qui sont rejetés de la



société par crainte de la contagiosité. Beaucoup d'entre eux désirent peut-être entrer dans une léproserie, il ne veut rien dire contre la construction de ces établissements dans les districts lépreux comme institutions bienfaisantes et utiles ; mais quant à admettre soit de les installer pour prévenir une épidémie possible de lèpre ou au point de vue hygiénique, il ne saurait être de cette opinion d'autant plus qu'en Italie, la lèpre s'est éteinte presque d'elle-même et que dans certaines régions, elle a disparu complètement.

Quant au traitement, l'orateur a, il y a quelques années, traité pendant peu de temps une lépreuse par la cantharidine qui parut avoir une légère action. Il profite de cette occasion pour rappeler que ce médicament est le seul qui agisse d'une manière énergique sur les fonctions des cellules et que dans le traitement de la lèpre il pourrait être utile. L'orateur ajoute qu'il a vu aujourd'hui même un malade arrivant de la Côte occidentale du Mexique. Il est atteint de lèpre depuis douze ans et traité depuis quatorze mois au Mexique par un médecin allemand à l'aide de la cantharidine. Son état s'est notablement amélioré. Toutefois le visage et les mains sont encore envahis par des nodosités lépreuses, il s'agit d'un cas grave. Selon ce malade la cantharidine serait le premier remède qui l'aurait soulagé. L'affection a débuté par de l'anesthésie à la main et à la cuisse du côté gauche ; six ans plus tard, il survint des taches ; en 1893, les nodosités étaient encore isolées, elles furent alors en partie excisées, en partie détruites par la cautérisation.

Ces nodosités guérirent d'abord très bien, mais au bout de peu de temps elles se reproduisirent et se transformèrent en ulcères encore plus graves. L'état s'aggrava, jambes faibles et tuméfiées, marche difficile ; le visage se recouvrit de papules et les doigts devinrent informes ; au début de la cure cantharidienne, les nodosités du visage devinrent plus volumineuses, secrétèrent un liquide séreux et présentèrent des phénomènes analogues à ceux des nodosités lupiques. Il se produisit aussi du pus. Ensuite les nodosités guérirent, quelques-unes il est vrai s'ouvrirent de nouveau, mais en quelques points la guérison fut complète. Ce malade pouvait marcher et se servir de sa main. Bien que selon l'orateur les doses de cantharidine eussent été trop élevées, il ne survint jamais de malaises très sérieux ; une ou deux fois de la strangurie qui céda rapidement. La principale objection contre la cure cantharidienne a toujours été son action nocive sur les reins. Or, depuis cinq ans que l'orateur l'emploie chez un grand nombre de malades, il n'a jamais observé d'action nocive. Mais il est loin de penser qu'on a dans la cantharidine un remède pouvant faire disparaître en quinze jours, peut-être après huit semaines, une maladie qui a ravagé le corps pendant vingt à trente ans. Ce serait déjà un très grand service rendu au malade d'obtenir une atténuation.

M. BLASCHKO croyait que la contagiosité de la lèpre était aujourd'hui hors de toute contestation. Après les observations de M. Liebreich il est obligé d'y revenir.

Les faits qu'on a réunis dans les vingt dernières années et qui sont en faveur de la contagiosité, sont si nombreux et si probants que actuellement aucun doute n'est permis. Münsch à Kiew et v. Bergmann à Riga

et l'orateur à Memel ont rassemblé de nombreux faits de ce genre.

Toute l'épidémie de Memel est due comme il l'a démontré, à l'importation de la lèpre de Russie.

En ce qui concerne les mesures prophylactiques il faut toujours partir de la contagiosité comme d'un fait bien acquis. Le fait cité par Liebreich du domestique lépreux ne prouve rien contre la contagiosité. On peut avoir un serviteur syphilitique et ne pas être contagionné. En fait les chances de contracter la lèpre sont évidemment encore plus rares et plus difficiles que pour la syphilis; vraisemblablement la plupart des hommes sont immunisés contre la lèpre. Des centaines de cas de non contagion sont réfutés par un seul cas positif. L'orateur a présenté au printemps à la Société un malade atteint de lèpre au début et dont le diagnostic fut alors énergiquement contesté par le Dr v. Bergmann.

L'origine de la maladie était très énigmatique, vu que ce malade prétendait n'avoir jamais été en contact avec des lépreux. Or dans le cours de l'été on apprit qu'on avait découvert à Charlottenbourg un cas de lèpre et l'orateur sut que la malade dont il s'agissait était la femme de son client qu'il avait présenté ici un an auparavant. Cette femme est lépreuse depuis six à sept ans, vivait avec cet homme et l'avait évidemment contagionné. Il avait caché intentionnellement et l'existence et la maladie de sa femme sans doute pour ne pas être tous les deux exposés à des ennuis.

Les explications de M. Havelburg ont pour nous un intérêt actuel spécial.

Les lépreux isolés, disséminés dans les grandes villes ne peuvent pas devenir, comme on l'a dit, très dangereux. Si l'on ne doit pas exagérer la contagiosité de ces individus, il ne faut pas non plus la diminuer. Il n'est pas nécessaire, comme un orateur l'a prétendu, de faire un long séjour dans un pays lépreux pour contracter la lèpre, on connaît des cas où des relations passagères — même de quelques jours — avec des lépreux ont amené une infection. Par conséquent, il ne faut pas tout à fait négliger les lépreux qui vivent isolés parmi nous. Il importe que les autorités sanitaires, les médecins de districts, examinent de temps en temps les conditions dans lesquelles vivent les malades ou que du moins le médecin traitant adresse de temps à autre un rapport sur les malades.

En ce qui concerne Memel, il en est tout autrement que dans les autres pays à lèpre, où la maladie est disséminée sur de vastes surfaces, endémique depuis des siècles et c'est déjà un grand résultat, quand, comme en Norvège, on a diminué notablement le nombre des lépreux par des mesures hygiéniques appropriées. Mais à Memel on a, dans un tout petit district, dans un seul canton, une épidémie qui n'est survenue que depuis vingt ans. On est en présence d'un fait analogue à une épidémie de variole ou de choléra survenue brusquement où il s'agit d'intervenir rapidement pour amener la disparition complète de la maladie. D'après l'orateur il ne suffit pas ici d'indiquer la lèpre, mais il faut essayer de l'étouffer en germe et empêcher complètement son expansion ultérieure. Naturellement il faudra agir un peu rigoureusement, sans cependant exercer une contrainte sur les malades. L'orateur préfère aux léproseries étroitement fermées, des colonies agricoles où les malades peuvent recevoir des visites

de leurs parents, même, s'ils n'ont pas de symptômes, sortir de temps à autre. Dans ces conditions on pourra obtenir sans les y forcer que la plupart des malades entrent spontanément dans les léproseries, et il ne serait peut-être pas nécessaire d'édicter une loi spéciale pour la lèpre. Il suffira de prescrire par voie administrative quelques mesures hygiéniques. Il sera inutile de rassembler là absolument tous les malades. Les lépreux anesthésiques ne sont pas infectieux pour la plupart. Il y a des cas — Arning l'a le premier signalé — où la sécrétion nasale contient des bacilles, mais ce ne sont pas des cas anesthésiques purs, ce sont des malades chez lesquels il y a sur la pituitaire des nodosités avec bacilles; cette complication est rare et n'apparaît jamais qu'à la période terminale de la maladie.

Un point très délicat, c'est la question d'argent. La province est pauvre et le gouvernement paraît peu disposé à faire les dépenses nécessaires. Dans d'autres pays, en Angleterre, par exemple, on aurait recours à l'initiative privée. En Allemagne on est habitué à demander à l'État des installations de ce genre.

Il faut espérer que la discussion qui a eu lieu ici dans ces dernières semaines sur la question de la lèpre engagera le gouvernement à faire les sacrifices nécessaires pour délivrer le pays d'une épidémie dangereuse.

M. ARONSON recommande pour établir le diagnostic de la lèpre de faire l'examen bactériologique du sang par le procédé du Dr Havelburg. Il l'a employé avec succès chez un malade. Les bacilles que l'on trouve par cette méthode ne sont pas dans le sang même, mais par pression on les fait sortir de la peau malade.

M. LIEBREICH n'est pas opposé aux mesures législatives proposées par M. Blaschko. La construction de léproseries rendrait service aux malades, mais étoufferait-on ainsi l'endémie? c'est une autre question. Qu'un mari et une femme soient atteints l'un après l'autre de la lèpre ce n'est pas une preuve de contagion; ils viennent tous les deux d'un pays à lèpre, où chacun a pu s'infecter isolément; l'incubation est très longue, la maladie peut donc apparaître à des époques variables et dans des endroits différents. On a parlé de la pituitaire qui transmettrait la maladie; on y a trouvé des bacilles. Le nodule a aussi des bacilles et cependant il n'y a pas de transmission par son intermédiaire. Ce n'est donc qu'une hypothèse qui ne repose ni sur l'expérimentation ni sur la pratique.

M. F. KOCH tient à rappeler, à propos des expériences négatives de Danielssen citées par Liebreich, qu'on ne connaît pas les conditions dans lesquelles la contagion de la lèpre a lieu, parce que jusqu'à présent on n'a pas réussi à cultiver le bacille lépreux en dehors du corps humain. Ces conditions on ne peut donc que les supposer. L'orateur signale avant tout une certaine réceptivité pour le bacille qui n'existe pas dans nos climats, une immunisation de la population européenne dues aux épidémies du moyen âge et en outre les conditions hygiéniques et diététiques meilleures, défavorables à la contagion du bacille.

Il est impossible de déterminer expérimentalement ces conditions naturelles si compliquées comme elles existent en réalité.

L'orateur ne croit pas que la cantharidine puisse avoir une influence

quelconque; on ne saurait d'une seule observation déduire des conclusions aussi importantes. En Norvège où on a un matériel considérable on a essayé tous les remèdes sans aucun résultat; peut-être n'a-t-on pas employé la cantharidine, parce qu'on est depuis longtemps convaincu de l'inefficacité de tous les spécifiques. On se borne actuellement au salicylate de soude. Le résultat favorable, apparent d'un remède dans un seul cas ne prouve rien, parce que les lépromes ont de la tendance à la régression spontanée, d'une manière passagère ou durable.

M. BLASCHKO. — L'inoculation d'Arning a été, comme on le sait, positive et l'orateur croit, que ce cas, même s'il se prêtait à une double interprétation, est en tous cas plus probant que jadis les cas négatifs de Danielssen. Abstraction faite de l'immunité de la plupart des hommes contre la lèpre on peut expliquer les inoculations négatives de la façon suivante : dans les nodosités il y a toujours des bacilles, mais sont-ils vivants ? C'est une autre question. Unna a le premier montré que les bacilles de la lèpre sont très souvent en chaînettes, semblables à des streptocoques. Si ces bacilles ainsi disposés sont encore virulents et peuvent transmettre la lèpre, on n'en sait rien. Tant qu'on ne pourra pas cultiver les bacilles de la lèpre on n'aura pas de point de repère certain pour leur virulence et il n'y a aucune conclusion à tirer du résultat négatif des inoculations.

M. HAVELBURG. — M. Virchow a contesté que la lèpre ait été importée au Brésil par des Portugais. Rien ne prouve jusqu'à présent qu'elle ait existé dans ce pays aux temps préhistoriques. Dans un livre du Dr Marquez Pinheiro il y a une description historique sur l'apparition de la lèpre au Brésil et l'histoire du développement de l'hôpital des lépreux à Rio-de-Janeiro. Il y est dit que les Portugais y ont importé la lèpre. En 1420 ils découvrirent l'île de Madère et en 1498, sous la conduite de Cabrel, le Brésil. A la même époque les Espagnols découvrirent les îles Canaries. D'après différents auteurs ce furent très vraisemblablement les Espagnols qui apportèrent la lèpre dans les îles. Au XV<sup>e</sup> siècle la lèpre était encore très répandue en Espagne et en Portugal. En 1542 on établit aux Canaries la première léproserie. Le contingent le plus important des émigrants se dirigea vers le Brésil et y implanta la lèpre comme à Madère. Le Dr Azevedo Lima, qui s'est occupé des léproseries du Portugal, cite comme un fait que au XVI<sup>e</sup> siècle la lèpre a été importée au Brésil par des colons portugais. Tous les auteurs brésiliens sont d'accord pour dire que les Portugais ont apporté la lèpre au Brésil.

Différents orateurs n'ont pas nié l'infectiosité de la lèpre, mais cependant elle a été un peu mise au second plan. Pour ceux qui ont des doutes on pourrait citer toute une série de faits qui se trouvent dans les travaux spéciaux sur la lèpre. On n'aura probablement jamais des preuves aussi précises que par exemple pour la syphilis, en raison de la longue durée de l'incubation et que certaines conditions spéciales sont nécessaires pour l'infection. Alors même que la présence des lépreux n'entraîne pas toujours la généralisation de la maladie, ce n'est pas une preuve contre la contagiosité.

D'autre part, l'exemple de la Norvège prouve à quels résultats on arrive pour combattre la lèpre, si on la regarde comme une maladie contagieuse.

Actuellement, il n'y a dans ce pays, qu'environ 700 malades, dont 500 se trouvent dans des léproseries et les 200 autres sont soumis à une surveillance dans leurs logements. Selon Armauer Hansen, il y a eu depuis quelques années, rarement de nouveaux cas.

Quant à la transmission de la lèpre par la vaccination, les cas qu'on a signalés proviennent de pays d'outre-mer où il est difficile de se procurer du bon vaccin. Il y a un an, une assez forte épidémie de variole régnait à Rio-de-Janeiro, tous les habitants de l'hôpital furent vaccinés. L'orateur examina le contenu des pustules de deux individus et y trouva les bacilles lépreux caractéristiques. Un de ces malades était atteint de lèpre tubéreuse, quant à l'autre, on ne sait pas encore actuellement quelle était la forme de sa lèpre.

En réponse au professeur Köbner sur la présence des bacilles dans la lèpre maculo-anesthésique, l'orateur dit qu'on trouve des bacilles, parfois en petit nombre, dans les léprides récentes et même un peu anciennes; mais quand, plus tard, il est survenu des troubles et des lésions vasomotrices et trophiques marqués, les bacilles manquent non seulement dans l'examen du sang par la piqûre, mais même si on excise un fragment de peau.

On possède aujourd'hui quelques notions qui permettent d'expliquer l'insuccès des inoculations de Danielssen appelées par Liebreich, et des cultures. Avec la technique de coloration d'Unna, on peut reconnaître que les cellules lépreuses se trouvent souvent dans un état muqueux et que les bacilles sont entourés d'une enveloppe muqueuse dans laquelle ils restent inactifs; il en résulte alors que dans l'inoculation des tubes de culture, les bacilles ne se développent pas, parce que les produits de la lèpre ne se trouve pas dans un état favorable. L'orateur espère arriver peut-être à des résultats positifs en prenant pour culture à la période aiguë de l'éruption, le sang dans lequel les bacilles circulent sans doute à l'état actif. Mais il peut arriver aussi que l'inoculation du contenu de nodosités lépreuses, comme l'a fait Danielssen, ne donne pas de résultats. L'orateur a essayé la cantharidine chez six malades; deux ont eu de l'albuminurie au bout de quelque temps, chez les autres soumis pendant au moins six mois à ce traitement, il n'a pas constaté de résultat.

A. Doyon.

## CONGRÈS DES MÉDECINS ALLEMANDS A FRANCFORT-S.-M. (1)

### SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

*Séance du 21 septembre 1896.*

#### **Maladie de Basedow et alopecie totale.**

M. BERLINER. — Dans ces dernières années, on a essayé de contester le caractère nerveux de l'alopecie en aires. L'orateur rappelle brièvement les arguments qu'on a donné en faveur de la théorie parasitaire. Ces argu-

(1) *Archiv. f. Dermat. u. Syphilis*, 1896, t. XXXVII, p. 266.

ments ne sont pas décisifs pour tous les cas, surtout quand l'alopécie en aires est en connexion avec des maladies nerveuses caractérisées. Dans tous les cas d'alopécie totale publiés dans les dernières années, il existait un état nerveux. L'orateur décrit deux cas dont l'un, en raison de la coexistence de l'alopécie avec la maladie de Basedow, présente un grand intérêt parce qu'il rentre dans le très petit nombre de cas qui ont eu avec la guérison de la maladie de Basedow, une terminaison favorable. La calvitie totale a cependant persisté.

M. RILLE. — On a publié dans ces dernières années, des cas où on a observé, notamment Singer et Grünfeld, des sclérodermies et la maladie de Basedow simultanément sur le même individu. Dans un cas recueilli par l'orateur, il y avait une sclérodermie et en même temps une alopécie presque généralisée. D'après Kaposi, il faut chercher la cause des deux dernières affections dans un trouble trophique influencé par le système nerveux central.

M. CASPARY a dernièrement vu assez souvent une alopécie en aires typique prendre la forme maligne qui affecte tous les cheveux et résiste à tous les traitements. L'anémie et la nervosité précèdent plutôt qu'elles ne suivent la maladie. Un point tout à fait obscur et digne d'attention, c'est que les Allemands et les Autrichiens n'ont observé que la forme nerveuse de l'alopécie en aires, tandis que les Français au contraire ont constaté de nombreux foyers locaux à la maison et dans les casernes.

M. GALEWSKY rapporte le cas suivant : il s'agit d'une alopécie en aires à caractère très malin chez un homme robuste; en très peu de temps elle envahit tout le corps, seul le traitement par la chrysarobine a amené la pousse des cheveux, tous les autres remèdes avaient échoué. Au bout de 6 mois les cheveux tombèrent de nouveau. Cette action de la chrysarobine indique peut-être aussi la nature parasitaire de l'alopécie.

M. KÖBNER a observé dans les premières années qui ont suivi 1870, dans un établissement de sourds-muets, une épidémie de dermatomycose tonsurante chez environ 40 pensionnaires et chez quelques infirmières; dans le nombre il y avait, chez quelques malades, outre une dermatomycose tonsurante, sur le cuir chevelu des plaques nettement arrondies, complètement lisses, sans tronçons de cheveux, qui à part une légère rougeur — reste évident d'une inflammation — ressemblaient tout à fait à l'area Celsi. Cet état amena l'orateur à croire à l'identité ou à l'origine commune des champignons affirmée déjà dans la littérature anglaise et française. Depuis lors il n'a jamais trouvé de champignons, malgré ses nombreuses recherches microscopiques. Il croit à la nature parasitaire dans quelques cas. La forme nerveuse ne saurait être mise en doute, ainsi qu'en témoigne son apparition chez les névralgiés. Dans un cas, Köbner a observé la guérison à la suite d'un changement de climat.

M. KOHN a vu également une alopécie totale avec la maladie de Basedow. Ce cas concerne un peintre de 26 ans dont la maladie débuta il y a deux ans à la nuque par une plaque typique d'alopécie en aires, dans l'espace de 9 mois les cheveux de toutes les parties velues sont tombés.

M. THIN (Londres) admet, d'après ses recherches, uniquement la nature parasitaire de la maladie.



M. UNNA rappelle que Sabouraud a trouvé des bacilles dans le voisinage des aires et signale la forme peladoïde de la trichophytie du même auteur.

**Solubilité du goudron de houille dans différents liquides et emploi thérapeutique de cette solution.**

M. A. SACK. — Parmi tous les liquides dissolvant le goudron de houille, c'est l'acétone qui peut en dissoudre les plus grandes quantités. Une solution alcoolique ne laisse pas moins de 88,6 p. 100 de matière sèche, une solution d'acétone, par contre seulement 33 p. 100. Quoique la solution de benzol par exemple donne le même résidu, dans les mélanges, benzol-acétone le résultat est toujours en faveur de l'acétone, d'autant plus que, avec la proportion prédominante d'acétone dans le mélange, il se dissout toujours une plus grande quantité de goudron de houille. Ainsi il ne reste par exemple dans la solution de 10 parties de goudron dans 20 parties de benzol et 77 parties d'acétone que 28 p. 100 de résidu, tandis que dans la solution de Fischel (liq. anthracis simpl.) il reste au contraire 40 p. 100.

M. SCHIFF. — L'acétone, qui depuis longtemps est employé en France comme véhicule dans la dermatothérapie, constitue aussi dans le filmogène un élément essentiel, mais seulement comme moyen de solution de la cellulose nitrique. Unie à l'acétone elle forme un véhicule excellent pour les médicaments les plus différents.

M. UNNA. — Dans la solution lithanthracis spirito-aethaerea de Leistikow il y a surtout de grandes quantités de naphthaline. La proportion de phénol et de crésol du goudron de houille et par suite la propriété toxique varie suivant l'origine du goudron.

**Nouvelle méthode de traitement du lupus érythémateux.**

M. JOSEPH SCHÜTZ emploie une solution arsenicale de 1 p. 400 à 600, autrement dit la liqueur de Fowler étendue de 4 à 6 fois son poids d'eau, avec laquelle il badigeonne deux fois chaque jour les parties lupiques. Ces applications provoquent dans l'espace de 6 jours une réaction avec tuméfaction et légère sensibilité du district malade, lesquelles, sans qu'il se produise une sécrétion séreuse, disparaissent en 8 jours sous l'influence de pâtes protectrices douces. Le tissu sain est épargné. En 11 semaines en moyenne on obtient la guérison en alternant l'arsenic et les pâtes indifférentes. Jusqu'à présent il a ainsi traité 9 cas avec succès.

L'orateur trouve que la théorie de Binz sur l'action de l'arsenic explique complètement ce résultat en raison des données suivantes : 1<sup>o</sup> l'effet relativement actif des solutions faibles ; 2<sup>o</sup> l'action élective et la guérison sans cicatrices ; 3<sup>o</sup> l'état proportionnel de réaction et d'intensité de la maladie.

M. KÖBNER déconseille le badigeonnage local avec la solution arsenicale de Fowler dans le lupus vulgaire. L'emplâtre mercuriel est sans utilité. Comme preuve de la nature inflammatoire du lupus érythémateux il cite un cas où la maladie a été déterminée par des badigeonnages iodés sur la joue. Il recommande aux malades guéris de faire attention aux froids intenses et à la chaleur du soleil qui leur sont absolument nuisibles.

M. NEISSER a depuis des années l'habitude de distinguer les cas de lupus



érythémateux en ceux qui surviennent d'une manière torpide sans phénomènes inflammatoires d'irritation évidents, notamment sur les bords, et en ceux qui présentent des processus inflammatoires récents. On ne peut traiter que les derniers avec des caustiques, etc., par exemple avec des pâtes de naphthol et de soufre. Les premiers on ne saurait les traiter assez prudemment avec les pommades les plus indifférentes. La chaleur et le froid seraient d'après l'orateur des causes directes du lupus érythémateux. Des cas qu'on a pris pendant des mois pour de simples acnés rosées se développaient ensuite en lupus érythémateux typique.

M. KROMAYER demande si la solution de Fowler étendue est efficace dans d'autres maladies superficielles de la peau, par exemple dans le psoriasis qui se rapproche du lupus érythémateux ?

M. SCHÜTZ. — Elle aggrave le lupus vulgaire ainsi que l'eczéma séborrhéique, tandis que le psoriasis est peu influencé.

M. VOLLMER a constaté dans un cas de lupus érythémateux l'action favorable de la pâte desquamative. Mais dans un autre cas, chez une dame, cette action n'a pas été aussi salubre, de sorte que quand bien même des conditions individuelles jouent un rôle dans les cas récents, ainsi que Neisser l'a fait ressortir, la pâte desquamative est contre-indiquée.

M. SCHUTZ présente de **nouveaux instruments pour la dermatologie et la microscopie.**

#### **Agents de réduction.**

M. UNNA. — Tous ces médicaments possèdent, outre leur action réductrice, une valeur individuelle et par suite une sphère d'action très circonscrite.

Dans les agents de réduction la substance peut avoir une influence salutaire aussi bien avant la réduction que pendant et après. Par exemple le pyrogallol agit comme tel, ou par son oxydation ou enfin comme produit d'oxydation. Pour l'expliquer il faut comparer le pyrogallol oxydé en dehors du corps avec le pyrogallol.

On a oxydé du pyrogallol dans des vapeurs ammoniacales et à l'air et on a incorporé à des pommades le corps ainsi obtenu qui était noir et dont la composition chimique n'était pas encore exactement connue. Les expériences faites avec ce corps montrèrent que le pyrogallol oxydé, en opposition au pyrogallol, exerce à peine une action sur la peau saine, mais agit seulement sur les parties malades et son emploi prolongé n'a déterminé aucune action toxique, de sorte que l'influence délétère bien connue du pyrogallol fait complètement défaut avec le pyrogallol oxydé. Son emploi à l'intérieur n'a également aucune action sur la circulation. Un grand avantage du pyrogallol oxydé sur le pyrogallol est que le premier est beaucoup plus stable.

Notons encore que, au début du congrès, VAN NIESSEN a montré les agents de la syphilis cultivés par lui dans une coupe de sclérose colorée d'après la méthode de Gram, ainsi que les cultures pures sur différents terrains de culture et dans la préparation microscopique colorée.

*Séance du 22 septembre 1896.*

**Cas de psoriasis nummulaire à localisation strictement unilatérale.**

M. KUZNITZKY. — Ce psoriasis s'est développé sur le membre supérieur droit dans l'espace de deux mois et demi, à la suite d'un traumatisme (incision profonde par un couteau) chez un jeune homme de 20 ans. Pas de psoriasis dans la famille jusqu'à présent. La mère est très nerveuse. L'orateur est d'avis que la théorie parasitaire qui repose d'ailleurs sur des bases peu solides ne saurait être maintenue. Il admet bien plutôt la théorie neuropathique du psoriasis qu'il précise ici en s'appuyant sur les recherches de Goltz sur la tonicité vasculaire: l'intervention d'une irritation quelconque de la peau, bien que passagère, sur des districts vasculaires dont la tonicité se trouve déjà altérée à la suite de l'irritation chronique des ganglions spinaux, y afférents, est nécessaire pour l'apparition de l'éruption. Dans le cas actuel il faudrait donc admettre que le traumatisme chez ce malade nerveux a agi d'une manière réflexe comme irritant sur les centres vasomoteurs spinaux du même côté. Il en est résulté que la tonicité des districts vasculaires y afférents a été modifiée, de telle sorte que l'irritation de la peau, comme il s'en produit chaque jour, et qui normalement n'occasionne aucun effet nocif durable, a déterminé sur les parties atteintes l'hyperhémie chronique qui constitue le fond de l'efflorescence psoriasique. Cette hyperhémie psoriasique ne serait ni de nature inflammatoire ni de nature parésique, mais serait provoquée par l'irritation des vasodilatateurs. L'orateur la désignerait sous le nom de processus angioéréthique.

M. KÖBNER présente des planches relatives à la production artificielle du psoriasis par exemple par le tatouage, il cite également la localisation sur des plaies, ainsi que les recherches et les expériences qu'il a faites dans cette voie.

M. WOLTERS a observé deux cas dans lesquels un psoriasis survint après la vaccination, d'abord aux points inoculés et ensuite sur tout le corps; dans ces deux cas le psoriasis existait dans la famille en ligne ascendante.

M. UNNA. — Tous les faits concernant l'étiologie neuropathologique du psoriasis permettent aussi une explication par le parasitisme. Les résultats positifs de l'irritation augmentent considérablement d'après Köbner, quand une éruption aiguë se prépare, ce qui est certainement en faveur de la théorie parasitaire.

M. NEISSER est complètement d'accord avec Unna en ce qui concerne l'étiologie parasitaire, cette théorie serait en tout cas, la plus simple, la plus naturelle.

M. KROMAYER croit qu'on ne peut expliquer que par voie nerveuse réflexe, dans le psoriasis local irrité par un traitement énergique au moyen des agents de réduction, l'apparition accidentelle d'un psoriasis généralisé.

M. UNNA. — Les poussées psoriasiques après irritation par la chrysa-

robine sont en faveur d'une amélioration du terrain pour les parasites grâce à l'irritation chrysarobinique.

M. KUSZNITZKY voudrait savoir comment les partisans de la théorie parasitaire expliquent précisément le cas cité par Kromayer? Ils appuient leur opinion sur l'efficacité de la chrysarobine comme agent anti-parasitaire énergique, tandis que par l'emploi longtemps continué de ce remède le psoriasis est cependant survenu dans des régions complètement indemnes auparavant.

### Lèpre.

M. WOLFF expose le résultat des recherches qu'il a faites à Strasbourg sur deux cas de lèpre. Dans un cas, il s'agissait d'une lèpre purement nerveuse, dans l'autre d'une lèpre mixte. Le premier malade avait contracté la lèpre au Brésil où il était allé à l'âge de 15 ans. Neuf ans plus tard, il remarqua les premiers symptômes : diminution de la sensibilité de la plante des pieds, cà et là taches blanches et brunes ; disparition de la sensibilité en différentes régions du corps. A son premier examen, l'orateur constata des taches pigmentaires avec plaques centrales vitiligneuses sur les bras, le thorax et les jambes. Les nerfs superficiels sont épaissis, en outre, anesthésie complète des plaques blanches. Nulle part, il n'existe un épaississement ou des infiltrations circonscrites de la peau. Tous ces symptômes étaient survenus en même temps que de la faiblesse, des accès de fièvre, etc.

En janvier 1895, les symptômes disparurent, le malade se trouvait plus robuste, il avait pris de l'embonpoint, pas de fièvre, de sorte que, au moment où les examens du sang commencèrent, il fallait admettre qu'il n'y avait pas de poussées de la maladie. Chez ce malade, on fit à différentes reprises, environ 150 préparations du sang, en recueillant le sang aussi bien sur les parties où existaient des taches que sur celles où la peau était normale, sur des points anesthésiés ou sains, avec une aiguille de Fleischel sans exercer de pression, etc., en un mot, avec toutes les précautions antiseptiques. Dans toutes les préparations, il y avait de nombreux bacilles.

Le second cas concernait un jeune homme qui, en 1884, fit un voyage en Chine, et chez lequel, dès 1890, se montrèrent des symptômes de lèpre maculeuse ; en 1893, lorsqu'il entra à la Clinique, l'orateur constata une lèpre tubéreuse caractérisée ; en outre, épaississement des nerfs et anesthésie complète des mains et des pieds. L'examen des nodosités excisées et la sécrétion des nodules exulcérés présentaient l'aspect caractéristique de la lèpre tubéreuse.

Des préparations faites avec du sang pris sur des parties saines donnèrent toutes un résultat négatif, bien qu'on ait employé la même méthode de coloration que pour l'examen du sang de la lèpre des nerfs. Il y a donc ici une opposition frappante qui ne correspond pas à toutes les hypothèses. L'orateur se borne à rappeler la discussion qui a eu lieu sur cette question au Congrès des naturalistes d'Heidelberg et au Congrès allemand de dermatologie de Breslau, dans lequel Arning disait en opposition aux obser-

uations de Petrini, que ce résultat ne le surprenait pas, parce qu'il s'agissait vraisemblablement de cas de lèpre mixte.

On prescrivit à ce moment de l'iodure de potassium à l'intérieur. On sait que ce remède, comme Danielssen l'a démontré, a une action tout à fait spéciale sur la lèpre, principalement sur la lèpre tubéreuse, une véritable action spécifique analogue à celle de la tuberculine sur la tuberculose.

Mais le fait capital est que pendant cette période le sang, qui auparavant ne présentait pas de bacilles, en renfermait. De ces observations l'orateur conclut que, dans la lèpre anesthésique, l'examen du sang permet de confirmer le diagnostic, de le faire même dans les cas douteux, de plus que l'iodure de potassium constitue un moyen d'épreuve pour le diagnostic de la lèpre, lequel fait apparaître des bacilles dans le sang.

M. UNNA met en garde contre l'exagération de l'expérimentation par l'iodure de potassium, car ce médicament a une action nocive sur la lèpre.

M. JOSEPH partage l'opinion de Wolff relativement à l'iodure de potassium sur la lèpre tubéreuse, par contre il a vu de très bons résultats du salicylate de soude.

M. NEISSER a, dans quelques cas, observé aussi une réaction fébrile après l'emploi de l'iodure de potassium. Le mercure est au contraire très bien supporté.

M. WOLFF. — L'iodure de potassium a une action spécifique et une action nocive, le mercure par contre est loin d'avoir une action aussi nocive chez les lépreux que chez les scrofuleux. Selon lui le salicylate de soude est le médicament le plus actif.

M. UNNA demande si on a vu de bons résultats de l'huile de chaulmoogra administrée à doses élevées ; jusqu'à présent il n'en a pas constatés, cependant il en a observé avec des injections sous-cutanées d'huile étendue.

M. THIN dit avoir guéri complètement un cas de lèpre anesthésique par l'huile de chaulmoogra, ce cas sera publié.

M. KÖBNER a autrefois trouvé des bacilles dans le sang, toutefois ce résultat lui paraît nouveau pour la lèpre anesthésique.

M. WOLTERS rappelle que Doutrelepon avait trouvé après des injections de tuberculine des bacilles lépreux dans le sang.

M. RILLE montre des photographies de lèpre tubéreuse de la plante des pieds. Danielssen et Bæck, ainsi que Hansen, nient l'existence de la lèpre noueuse sur le cuir chevelu, le gland, la paume des mains et la plante des pieds ; d'autres observateurs il est vrai soutiennent l'opinion contraire. Il ne saurait être question d'un psoriasis plantaire syphilitique en raison de l'aspect des nodosités, de leur longue durée et de leur développement depuis environ un an. En outre, elles présentent la structure caractéristique du nodule lépreux et un grand nombre de bacilles typiques.

#### Cataphorèse.

M. KARFUNKEL a étudié les résultats indiqués par Munk. Il a réussi par le courant constant, au moyen de la cataphorèse locale, à transfuser de la strychnine chez les animaux, de la quinine, du lithium et de l'iodure de potassium chez l'homme, aussi bien en solutions concentrées que même

de 10 à 5 et 1 p. 100. L'homme sain ne tolérait pas plus de 10 milliam-pères; en général on employait des courants de 5 milliam-pères, la durée du courant était de 15 à 45 minutes. Comme électrodes on se servait de deux tubes d'adduction de Dubois avec bouchons d'argile plastique.

On réussit en outre à incorporer à la peau de lapins une solution d'argentamine de 1 p. 2000. Dans les coupes microscopiques on voyait les dépôts d'argent métallique fixés par une solution étendue de sulfure d'ammonium. Les mesures de Munk et Pascheles expliquent les processus locaux et les phénomènes d'irritation sur la peau, principalement au point des anodes. Pour les expériences thérapeutiques, il faut interposer plusieurs électrodes d'environ 3 centim. de diamètre moyen. Enfin l'orateur a contrôlé les expériences de Gärtner-Ehrmann et après le 14<sup>e</sup> bain électrique de sublimé il a pu constater la présence de 4 gr. dans l'urine au moyen du passage du gaz hydrosulfurique.

M. MEISSNER. — Quand on place entre les électrodes un cylindre de gélatine ayant au centre une zone colorée, on réussit en changeant le courant à porter la partie colorée du cylindre tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, expérience qui a été faite en premier lieu en France. Relativement à la voie que prend le liquide à introduire, il fait remarquer que l'expérience avec un cylindre d'albumine étant la plus simple, nous renseigne le mieux.

M. SCHIFF.-FILMOGÈNE. — Il sera écrit dans un prochain numéro.

#### **Mycosis fongoïde.**

M. WOLTERS rapporte 7 cas de cette affection, dont il a examiné 5 au triple point de vue clinique, anatomopathologique et bactériologique, et relativement à l'état du sang. Il trouva dans 5 cas des tumeurs ganglionnaires multiples qui disparurent sous l'influence du traitement arsenical, mais reparurent dans les récidives de la maladie. Le sang présentait de la leucocytose 1 p. 100-200-300; dans les tumeurs, ramollies ou non, on y trouvait des cocci : staphylocoque pyogènes aureus, citreus, albus qui, inoculés aux animaux ne donnèrent pas de résultat. L'orateur regarde, puisqu'il n'y avait pas de micro-organismes dans le sang, les cocci comme des infections secondaires et est disposé à croire que le mycosis fongoïde est en connexion avec la leucémie, bien qu'il n'y ait pas de tumeur du foie. Comme traitement, donnant toujours un résultat, l'orateur recommande l'acide arsénieux ou mieux l'arséniate de soude à doses élevées, 30 milligr. par jour. Des récidives survinrent au bout de plusieurs mois, mais elles cédèrent au traitement arsenical.

M. K. HERXHEIMER confirme ces résultats relativement à l'action de l'arsenic dans un cas de mycosis fongoïde d'emblée, ainsi qu'en ce qui concerne les récidives dans ce même cas.

*Séance du 23 septembre 1896.*

M. K. HERXHEIMER présente : 1<sup>o</sup> Un enfant de 10 ans avec une **kératose folliculaire cicatricielle**, existant depuis la première enfance;

2° Deux hommes adultes atteints de **sclérodémie**. L'un avec l'affection localisée à la lèvre, l'autre avec une gomme du corps caverneux, survenue antérieurement;

3° Un garçon et un homme de 53 ans avec **dermatite herpétiforme de Dühring**.

4° Un deuxième cas de **kératose pileaire cicatricielle**.

5° M. MÜLLER, deux cas de **lupus vulgaire** guéri par excision et transplantation par la méthode de Krausse;

6° M. K. HERXHEIMER, un cas de **glossite syphilitique interstitielle** étendue au voile du palais;

7° Un malade avec de nombreuses **gommès de la peau** et le tableau microscopique de tubercules miliaires qui cédèrent à une cure antisypilitique intensive;

8° Un cas dont le diagnostic est incertain; d'après l'aspect il rappelle un peu le **psoriasis** et on pourrait peut-être le désigner comme un **exanthème d'irritation lichénoïde psoriasiforme**, de nature inconnue.

NEISSER et JADASSOHN ont observé et décrit des cas semblables;

9° Un **xanthome tubéreux multiple**;

10° Un **syringo-kyste adénome multiple**;

11° Un **naevus verruqueux linéaire prurigineux** datant de la naissance et rappelant en quelques points le lichen ruber;

12° Un malade de 72 ans, atteint depuis cinq ans d'un **pemphigus** limité au larynx et au pénis;

13° Un cas d'**haemangioendothéliomes multiples**;

14° Une **urticaire pigmentaire** existant depuis la naissance avec pigmentation limitée aux pomphi.

M. MEISSNER montre sur des préparations de lupus, de tuberculose et de fibrome la différence essentielle relativement à la prolifération du tissu conjonctif récent et par exemple de tissu tuberculeux de granulation en ce qui concerne les fibres élastiques. En terminant, il insiste encore sur l'utilité de la coloration par l'orcéine pour l'examen du cancer de la peau après son extirpation.

#### Traitement chirurgical du lupus de la face.

M. SCHULZE. — Combattre l'inflammation par des applications de plomb, ensuite extirper le lupus, après avoir auparavant examiné avec une sonde les parties ulcérées. Il est très important d'exciser très largement et très profondément. Il faut faire les incisions autant que possible parallèlement à la surface de la peau. Ce n'est pas une tâche facile, mais avec la conservation de la couche grasseuse elle constitue les principaux facteurs pour obtenir la cosmétique désirée. Ensuite on fait la transplantation. On utilise de gros lambeaux d'une région disponible quelconque, en les faisant glisser lentement au moyen de l'excision et en les appliquant pour recouvrir la perte de substance : plastique de l'oreille, de l'œil, de la bouche et du nez, combattre l'ectropion, les sténoses des fosses nasales, dans ces dernières par le pansement extensif indiqué. On ne peut jamais éviter complètement les récives, surtout quand la muqueuse est malade. Le traitement chirurgical est de beaucoup le plus sûr et le



plus simple. Toutefois il faut autant que possible extirper le lupus à son début.

M. SCHÜTZ remarque, relativement à l'indication des transplantations, qu'on ne peut regarder de prime abord les cas dans lesquels la muqueuse est affectée en même temps et dans la continuité comme pouvant être traités par la transplantation. Notamment pour le lupus du nez, la muqueuse de la cloison et celle du conduit lacrymal participent très souvent à la maladie sans qu'on puisse diagnostiquer, même approximativement, à quelle distance s'étend le lupus.

M. BEHREND s'élève contre l'extirpation du lupus dans tous les cas, il appelle l'attention sur le développement particulier du lupus et croit que dans beaucoup de cas on obtient de meilleurs résultats par un traitement médicamenteux.

M. NEISSER est partisan de l'extirpation pour les petits foyers à leur début. Il renvoie à un travail de M. Buschke, de la clinique dermatologique de Breslau, qui recommande particulièrement la méthode de Krausse. Il discute l'infection primaire de la muqueuse, l'action du bain permanent avec le crésol, l'éthyle diamine dans le lupus des membres. La réaction locale de la tuberculine détermine les limites de l'extirpation.

M. SCHULZE. — Les formations cicatricielles disparaissent au bout de quelques mois et la cicatrice devient absolument lisse, la condition essentielle est un champ opératoire horizontal, de grands lambeaux tendus d'un bord de la plaie à l'autre, la conservation de la couche de graisse. Il faut autant que possible extirper les lupus de la muqueuse nasale et faire la transplantation. Dans les lupus ulcéreux il faut auparavant examiner avec la sonde la situation des nodosités lupiques.

M. BAER a fait des recherches avec l'éthyl-diaminocrésol conseillé par Neisser, il a employé des bains prolongés avec des concentrations variant de 1 p. 3,000 jusqu'à 1 p. 5,000. On arrive ensuite à appliquer des compresses de la même concentration dans le lupus de la face. L'orateur signale l'action particulièrement épidermisante de ce remède. On l'a employé après un raclage énergique.

M. RILLE. — Relativement aux remarques de Neisser il croit que la curette donne des résultats remarquables dans le lupus de la face, principalement en ce qui concerne les cicatrices en opposition aux cicatrices souvent kéloldiennes qu'on observe dans l'extirpation totale. Dans l'appréciation des méthodes, les récidives tiennent une grande place.

#### **Acanthosis nigricans et psorospermose de Darier.**

M. RILLE. — Entre ces deux affections qui ne sont que des variétés de kératose (Kaposi) il paraît y avoir bien des formes de transition ; les étapes sont formées comme il suit :

1° Les cas où la maladie est uniquement liée aux follicules, et où on constate toujours et facilement la présence des corps dits psorospermies ;

2° Les cas de Schweninger et Buzzi où les papules ne correspondent pas toujours aux follicules ; elles sont plus aplaties, gris pâle et on peut



facilement les détacher ; même si on trouve des formations spéciales dans l'épiderme ;

3° Le cas de Schwimmer où les efflorescences primaires correspondent aux follicules pileux et sébacés, cependant elles se produisent aussi sur les parties de la peau qui n'ont pas de follicules. Il faut tenir ici grand compte des proliférations papillomateuses qui ressemblent à l'acanthosis nigricans. Même dans ce cas, on trouve des corpuscules de Darier ;

4° Le cas de de Amicis. Dans celui-ci les follicules ne participent pas à la maladie. La ressemblance avec l'acanthose et spécialement avec le cas de la clinique de Neumann est extrêmement grande, cependant ici encore il y a des psorospermies. Il faudrait ranger ici le cas de Jarisch. Dans le cas actuel on n'a jamais trouvé de productions analogues à des psorospermies, toutefois on rencontra très souvent les lacunes décrites par Böck et Buzzi dans la dermatose vraie de Darier, dans les cellules du réseau à côté ou autour des noyaux cellulaires : ceci ne serait pas extraordinaire et l'orateur a vu souvent des lésions semblables dans d'autres états pathologiques de la peau, à savoir dans le lupus vulgaire papillaire hypertrophique, dans la verrue des vieillards, dans la syphilide ulcéreuse, dans la leucoplasie de la muqueuse buccale, etc., cependant aussi dans un cas de maladie de Paget du sein. Ces lacunes dans le réseau paraissent être une espèce de degré préliminaire de la formation endogène des cellules désignées à tort comme psorospermie ; parmi les lésions histologiques ultérieures il y aurait encore à mentionner l'allongement très prononcé de papilles très ramifiées et fendillées.

#### Porokératose.

M. JOSEPH. — A Mibelli revient le mérite d'avoir le premier montré que parfois il part du conduit sécréteur des glandes sudoripares, un processus de kératinisation qui se traduit sur la surface de l'épiderme par des productions verruciformes et prend ensuite une marche excentrique. Il a proposé pour ce processus le nom de porokératose. L'orateur a observé deux cas de cette rare affection non encore décrite en Allemagne. Le premier cas concerne un garçon de 14 ans atteint de cette maladie depuis l'âge de 3 ans ; le second, âgé de 12 ans, serait malade depuis huit ans. Chez ces deux malades, la face dorsale de la main droite était affectée, c'est un des sièges de prédilection de la maladie. Cliniquement elle se manifestait sous forme de petites élevures verruciformes, mais qui portaient du centre d'une des figures rhomboïdales formées par le point de croisement des sillons normaux de la peau sur les surfaces dorsales des doigts. Elles paraissent ainsi correspondre aux conduits excréteurs des glandes sudoripares. Outre ces cônes cornés isolés, il y avait encore plusieurs plaques analogues à celles décrites par Mibelli comme typiques. Sur ces plaques on voyait le bourrelet rugueux, ondulé, saillant, en connexion avec les glandes sudoripares, tandis qu'au centre la peau était atrophiée et ne présentait que quelques petits cônes acuminés. Il n'existait ni prurit ni trace quelconque d'inflammation ou de desquamation. Le tableau histologique était particulièrement caractéristique : le stratum corné est très épaissi et fait saillie

au dehors en plusieurs points sous forme de bouchons. En ces points il y a aussi une augmentation extraordinaire du réseau qui s'étend sous forme de saillies. Les prolongements interpapillaires sont très élargis et proliférés dans la profondeur. Dans le corps papillaire, très nombreuses papilles allongées et élargies entourées d'un large infiltrat. Celui-ci consiste en leucocytes et cellules fusiformes, tandis que les *Mastzellen* sont en très petit nombre. Ces dernières augmentent dans la profondeur et sont particulièrement nombreuses dans les glomérules des glandes sudoripares. Dans les parties hyperkératosées, il y a de nombreux cônes cornés, encastrés dans les conduits excréteurs des glandes sudoripares, ils font saillie à la surface en quelques points, dans d'autres ils sont tombés. Sur les deux côtés, saillies verruciformes à marche excentrique et dont le volume augmente peu à peu. Dans ces excroissances, on trouve de très nombreux conduits excréteurs des glandes sudoripares et dans l'épiderme une grande quantité de canaux bien colorables.

Les glandes sudoripares sont en grande quantité et dans les glomérules, il y a de très nombreuses figures de division des noyaux. Le follicule pileux participait en quelques points au processus de kératinisation. L'orateur croit avec Mibelli pouvoir affirmer qu'il s'agit ici d'une variété spéciale de kératose.

#### Préparations microscopiques au sujet de l'action de l'huile de croton.

M. KULISCH. — Les préparations proviennent de la peau du cobaye, du lapin, du chat, du chien d'Afrique et de l'homme. On appliquait l'huile pure ou étendue dans de l'huile d'olive (1 p. 10, 1 p. 100), chez les trois premiers à l'oreille, chez le chien sur la peau du dos, chez l'homme à l'avant-bras. Sur l'oreille, l'huile de croton agit de la manière suivante : abstraction faite de l'hyperhémie et de l'œdème, il se produit sur l'épithélium intact de l'épiderme, premièrement une abondante émigration de leucocytes, secondairement il se forme sur l'épiderme une ou plusieurs bulles séreuses contenant de la fibrine, il n'y a pas de leucocytes. Chez le chien une seule application d'huile provoque, outre une légère rougeur et la tuméfaction des parties traitées, tout d'abord une accumulation de leucocytes au voisinage des lobules des glandes sébacées disposés en couronne autour des conduits excréteurs des follicules ainsi que des vaisseaux afférents. Le résultat final est un impétigo circonscrit à la couche épineuse ou une suppuration superficielle qui peut avoir son siège dans l'épiderme, ou bien entre lui et le derme. Si l'on applique l'huile pendant plusieurs jours, on voit de nouveau apparaître des leucocytes et il en résulte constamment des impétigos circonscrits situés dans la partie supérieure de l'épiderme ; la plupart sont en rapport direct avec un poil ou se trouvent dans son voisinage. Chez l'homme l'huile de croton détermine la réaction suivante : d'abord des papules qui se transforment très rapidement en pustules. Aux premières correspond toujours dans le tableau microscopique une tuméfaction des parties avoisinant le poil follet et sa glande sébacée, l'épithélium épidermique est intact, par contre il existe une infiltration périfolliculaire qui consiste en petites cellules

fusiformes à gros noyau. En même temps commence vers le col du follicule une émigration de leucocytes qui traversent d'abord un à un, puis en grande quantité l'épithélium du follicule pileux. Finalement il se produit une pustule entourant le poil et avec le soulèvement de la couche cornée et la dépression de la couche épineuse du follicule, elle se transforme en un impétigo supra ou endo-folliculaire. Il n'y a pas de processus de dégénérescence ni de prolifération dans l'épiderme, l'efflorescence produite par l'huile de croton ressemble, si on veut la comparer à une maladie de peau, uniquement à l'impétigo staphylogène de Bockardt.

*Séance du 24 septembre 1896.*

#### **Des signes persistants de la syphilis héréditaire.**

M. CASPARY appelle l'attention sur des cicatrices linéaires de la face chez un garçon qui présente en même temps une variété de dents d'Hutchinson que l'orateur regarde comme pathognomoniques et comme constituant des signes héréditaires tout aussi bien que les cicatrices mentionnées ci-dessus. Il a observé un troisième signe, à savoir une affection du tibia ; l'examen histologique d'une cicatrice montre une formation évidente de cicatrice (*contra silex*) et comme fait très caractéristique un amas considérable de cellules existant évidemment depuis de nombreuses années; des examens attentifs ont permis de reconnaître dans d'autres cicatrices des états analogues. Aussi l'orateur regarde-t-il les recherches sur les résidus de cellules après des produits syphilitiques comme ayant besoin de contrôle, attendu que ces résidus sont peu admissibles après un aussi long laps de temps.

M. GALEWSKY remarque, contrairement à Caspary, que l'opinion de Neumann sur la persistance du virus dans les anciennes cicatrices s'appuie essentiellement sur l'apparition généralement admise maintenant de phénomènes tardifs dans des cicatrices anciennes, spécialement au point de l'affection primaire.

M. RILLE. — M. Neumann est parti de l'observation clinique d'après laquelle des lésions tertiaires surviennent fréquemment dans les points où pendant la période d'irritation il existait des manifestations spécifiques. Cet auteur a non seulement fait des recherches anatomiques sur le pharynx et le périnée, régions souvent exposées à des lésions, mais encore sur la peau du tronc, par exemple dans un cas qu'il a observé il y a six ans à cause d'une syphilide. Ce malade étant entré dernièrement en raison d'une autre affection semblable, on excisa sur un point qui correspondait à une efflorescence antérieure et on trouva les lésions en question. La sclérose redux a sous ce rapport une importance tout à fait spéciale ; ainsi on a observé des malades avec des affections syphilitiques primaires de la lèvre qui guérissent avec une cicatrice lisse ; au bout de cinq ou six ans il revenait au même point des indurations dures comme du cartilage, rouge brun. Il en est de même de l'ulcère chronique éléphantiasique de la vulve, en ce qui concerne l'étiologie syphilitique de cette affection, l'orateur est en opposition avec Jadassohn et Koch.

M. MEISSNER dit que dans l'infection syphilitique, peu de temps après l'apparition de la sclérose, avant la roséole, les vaisseaux dans des régions de la peau, très éloignées de la sclérose, sont déjà altérés, altération qui disparaît après le traitement spécifique.

M. JADASSOHN insiste sur ce que l'hypothèse de résidus n'est pas nécessaire pour expliquer les récidives locales, les faits bien connus de provocations y suffisent complètement. Les cicatrices sont plus facilement influencées par des irritations et peuvent occasionner directement la provocation. L'orateur a très souvent trouvé des amas de cellules dans d'anciennes cicatrices, mais il insiste sur ce point qu'en général on peut apprécier la proportion de l'infiltration des cellules qui se produit, même dans la peau normale.

M. KOCH regarde l'excision de l'affection primaire comme absolument indiquée et devant réussir. Contrairement à Rille, il insiste sur le caractère non syphilitique de l'ulcère éléphantiasique chronique.

M. BEHREND est d'avis qu'en excisant la sclérose initiale on ne coupe pas la syphilis et il cite un cas où après l'excision totale d'une sclérose de la lèvre inférieure il survint, après une période latente de plusieurs années, une destruction complète des os de la cavité nasale. Il a d'autre part observé un cas de sclérose initiale du pénis, dans lequel plusieurs mois après il ne se produisit pas d'accidents constitutionnels bien qu'on n'eut pas pratiqué l'excision.

M. KOLLMANN croit que les cas dans lesquels, après l'excision de la sclérose, il ne survient pas d'accidents ne prouvent nullement que la syphilis a été coupée. Il a observé le cas suivant : une fille publique atteinte de syphilis secondaire avait, avant son entrée à l'hôpital, infecté plusieurs hommes. Chez un de ces malades tout se borna à la sclérose initiale; on ne put constater d'une manière certaine des symptômes généraux au bout de deux ans d'observation.

M. HAMMER. — Un homme atteint de chancre induré fut infecté par une prostituée qui se traitait pour la syphilis, mais ce malade n'eût ni engorgement ganglionnaire, ni accidents secondaires; il est vrai qu'on sut plus tard qu'il avait été autrefois soigné pour la syphilis.

M. CASPARY. — Les données de Galewsky et de Rille n'expliquent pas les faits de résidus. Les indications de Meissner méritent une grande attention et l'orateur a toujours eu l'intention pour contrôler ses résultats, d'examiner des parties saines de la peau, mais il n'a pas encore pu le faire.

M. VOLMAR est d'avis que pour les syphilitiques, outre une cure mercurielle, des bains salés chauds sont utiles dans les cas suivants : 1° les malades de constitution délicate; 2° ceux atteints de roséole intense et de condylomes; 3° ceux avec adénites volumineuses.

#### Affection syphilitique primaire du vagin.

M. RILLE. — La lésion syphilitique primaire du vagin est très rare. Dans une statistique de 249 scléroses chez la femme, Fournier en signale seulement une dans le vagin; Martineau, 2 en quatre ans sur 128 scléroses. A la clinique de Neumann on en a observé 9 cas dans les deux der-

nières années, parmi ces cas deux fois seulement dans le vagin seul; dans les autres il en existait aussi à la vulve et sur la portion vaginale du col. Quant la sclérose siège uniquement dans le vagin, les ganglions inguinaux ne sont tuméfiés que quand l'ulcère se trouve dans le tiers inférieur, tandis que s'il existe dans les parties supérieures on ne constatait pas d'engorgement ganglionnaire appréciable extérieurement mais plutôt des ganglions lymphatiques abdominaux.

L'affection primaire du vagin a en général le caractère d'une sclérose parcheminée lamellaire, c'est une ulcération arrondie ou ovale, rouge brun brillant ou mate, sans bords décollés, fréquemment recouverte d'un dépôt adhérent, mince, pseudo-membraneux, jaune blanchâtre. L'affection primaire du vagin a une grande importance en raison de sa très grande rareté, relativement aux manifestations de la syphilis, principalement secondaires. C'est peut-être une sclérose du vagin que la sclérose parcheminée de courte durée qu'on observe chez des femmes précisément dans ces cas fréquents de syphilis récente où on trouve un exanthème récent qui suit les fentes de la peau sans affection primaire appréciable, mais aussi sans scléradénite inguinale.

Toujours est-il que cette localisation de l'affection primaire n'est pas aussi rare qu'on le croyait jusqu'à présent.

#### Recherches sur l'action toxique de la chrysarobine.

M. MÜLLER. — Des injections sous-cutanées d'émulsions de paraffine et de chrysarobine chez des cobayes ont provoqué à la dose de 0,5 centigr. de chrysarobine pour 1 kilogr. de l'animal, parfois une albuminurie légère; 1 gr. une albuminurie grave, de l'hématurie et la mort. Quant à la nature des lésions rénales on a trouvé chez des souris blanches : (a) une nécrose ordinaire des épithéliums des canalicules vésicaux comme dans l'empoisonnement par l'acide chromique; (b) rarement une néphrite des glomérules. Ces intoxications ne sont pas à redouter chez l'homme avec l'emploi thérapeutique externe.

#### Éthyl-diaminecrésol.

M. BAER. — L'éthyl-diaminecrésol, expérimenté par Schäffer, est un liquide incolore, clair comme de l'eau, presque non toxique, très remarquable par sa propriété de pénétrer profondément dans la peau et surpassant le crésol comme pouvoir désinfectant énergétique. On emploie ce médicament dans les processus ulcéreux les plus variés. Pour les membres sous forme de bains prolongés; sur le tronc, de compresses. Il a déterminé la guérison d'ulcères de jambe. Il réussit très bien dans le traitement consécutif des plaies creuses, par exemple la suppuration ganglionnaire, les affections lupiques. Principalement dans le lupus des membres il a des propriétés épidermisantes remarquables. Si on le compare à l'iodoforme, l'alumine, le nitrate d'argent, les pommades etc., on arrive à cette conclusion que l'éthyl-diaminecrésol a une action épidermisante au moins égale sinon supérieure à celle des médicaments mentionnés ci-dessus. Il a peu d'influence sur la blennorrhagie ainsi que dans l'eczéma et le psoriasis.

**Impétigo contagieux végétant.**

M. K. HERXHEIMER. — Après l'impétigo contagieux ainsi que dans le pemphigus et d'autres maladies bulleuses et pustuleuses il survient comme complications des proliférations dont l'orateur a observé 5 cas; histologiquement il trouva au milieu de l'épiderme une zone dans laquelle le protoplasma était modifié par l'œdème à ce point qu'il ne se colorait pas.

Comme on a rencontré cette zone également dans des proliférations consécutives au pemphigus, l'orateur croit que la présence de cette zone permettrait de diagnostiquer des proliférations après une maladie bulleuse de la peau. Cette affection a son siège non seulement à la face mais aussi sur les jambes et les bras.

**État actuel de la question de la blennorrhagie.**

M. NEISSER. — I. — La recherche des gonocoques a pour but :

1° D'affirmer l'infection blennorrhagique comme cause des symptômes cliniques et des altérations pathologiques ;

2° De constater l'infectiosité encore persistante ou déjà combattue chez les personnes soupçonnées de blennorrhagie.

II. — Le premier point a un caractère essentiellement scientifique. Le complexe symptomatique de la blennorrhagie de la femme reposait autrefois sur une base incertaine (l'anamnèse, etc.). La gynécologie l'a étudié et en a démontré la nature vraiment blennorrhagique, surtout des processus ascendants et dûs à des reliquats, en montrant jusqu'à quel point les gonocoques seuls ou en connexion avec d'autres agents pathologiques peuvent provoquer les différentes formes morbides. Plus cette étude a été faite consciencieusement, plus la recherche clinique et le diagnostic suffisent dans les maladies des annexes mentionnées sans constater à nouveau pour chaque cas particulier l'étiologie, c'est-à-dire les gonocoques.

La constatation des gonocoques est donc (notamment pour le complexe symptomatique de la blennorrhagie ascendante et par résidus) il est vrai toujours un auxiliaire bienvenu du diagnostic mais non une condition nécessaire absolue, d'autant moins qu'on a plus de renseignements et un certain nombre de symptômes connus qu'il faut rapporter à l'anamnèse.

Dans ces formes de blennorrhagie la démonstration des gonocoques est d'autant moins nécessaire, que l'intervention médicale (très souvent opératoire) est déterminée par les formes morbides graves elles-mêmes et non par l'étiologie — bien que pour l'opérateur (d'après Schauta) il n'est pas indifférent que des gonocoques ou d'autres variétés de bactéries soient la cause des suppurations, etc., qu'il a lieu de combattre.

III. — Il en est autrement dans la blennorrhagie des muqueuses externes et dans l'appréciation de toutes les sécrétions qui s'écoulent au dehors. La clinique a établi que dans ces cas ni l'examen macroscopique des lésions de la muqueuse, ni celui des sécrétions ne suffisent sous aucun rapport pour le diagnostic de la blennorrhagie, c'est-à-dire d'une maladie occasionnée par des gonocoques avec persistance de l'infectiosité déterminée par leur présence.



Il peut exister des symptômes cliniques évidents, en partie provoqués par d'autres causes que la blennorrhagie en partie comme reliquats après la disparition des gonocoques.

Les phénomènes cliniques peuvent manquer complètement malgré la présence des gonocoques; donc, la recherche seule peut établir le diagnostic et par suite en même temps l'importance d'un cas comme source éventuelle d'infection.

Des phénomènes cliniques, principalement quand ils sont réunis au complexe symptomatique de Sängner, feront tout naturellement penser à une blennorrhagie éventuelle et indiquent par suite la nécessité de rechercher avec un soin tout spécial les gonocoques.

L'absence de symptômes cliniques n'est nullement une raison pour exclure le diagnostic blennorrhagie.

IV. — Il est donc rationnel d'examiner chez toute personne soupçonnée de blennorrhagie : 1° l'urèthre; 2° les plis et les anfractuosités qui entourent l'orifice de l'urèthre; 3° le canal cervical et les conduits excréteurs, autrement dit la sécrétion des glandes de Bartholin.

Il faut apporter une beaucoup plus grande attention qu'autrefois à l'examen du rectum.

La vulve et le vagin chez les personnes âgées et après une longue cohabitation ne sont presque jamais le siège de blennorrhagies. Par contre, la vulvo-vaginite blennorrhagique qui survient d'ordinaire par infection indirecte est très fréquente chez les petites filles.

V. — Pour la blennorrhagie, il n'y a pas de modifications des muqueuses vulvaire et uréthrale caractéristiques et occasionnées par les gonocoques. Des papillomes, des caroncules, des érosions, etc., ne sont qu'une indication qu'il faut examiner avec un soin tout particulier tous les malades.

VI. — Malgré le service incontestable que le procédé de culture (Bumm-Wertheim) a rendu à la doctrine de la blennorrhagie, l'examen microscopique de la sécrétion est toujours le seul moyen pratique de diagnostic. Un praticien exercé sera à même, sauf dans des cas très exceptionnels, de distinguer les gonocoques des autres espèces de diplocoques.

VII. — L'hypothèse que la blennorrhagie dite « insidieuse » des femmes proviendrait de gonocoques à virulence atténuée n'est nullement prouvée. Mêmes les gonocoques que l'on rencontre dans les cas essentiellement chroniques sont complètement virulents.

Il n'existe pas d'immunité acquise contre les gonocoques, mais par contre une accoutumance pour les gonocoques proliférés sur la muqueuse.

VIII. — Il faut naturellement admettre la valeur absolue de la présence des gonocoques.

Les résultats négatifs des recherches de gonocoques ne permettent pas de conclure de prime abord qu'ils manquent véritablement, on sait qu'ils peuvent être cachés en partie dans les couches profondes de l'épithélium, en partie dans les anfractuosités et les plis de la muqueuse. Il faut donc dans ces cas faire : 1° des examens répétés; 2° employer des irritations provocatrices (chimiques ou mécaniques).

Les recherches des gonocoques doivent être faites avec d'autant plus



de soin, qu'on a constaté les caractères cliniques évidents (éventuellement endoscopiques, et la nature purulente de la sécrétion ainsi que une recrudescence légère du processus inflammatoire.

IX. — Mais la recherche des gonocoques est non seulement nécessaire pour le premier diagnostic dans tous les cas, mais elle représente aussi le seul contrôle, utile et par conséquent indispensable du succès obtenu par le traitement. De ce que malgré la disparition complète de tous les maux subjectifs et de tous les symptômes constatables macroscopiquement des gonocoques peuvent rester, il ressort que sans la recherche des gonocoques, un nombre incalculable de malades ont été renvoyés non guéris. Or ces cas non guéris constituent : 1° la masse principale des sources chroniques d'infection, et 2° le point de départ des formes ascendantes (et métastases) de la blennorrhagie de la femme.

X. — Il ne faut donc pas établir comme règle du traitement de combattre uniquement les maux subjectifs et les symptômes inflammatoires cliniquement appréciables, mais de détruire les gonocoques.

XI. — On atteint ce but par les moyens suivants : 1° L'emploi de médicaments qui (a) peuvent être employés même en concentrations tellement faibles que la muqueuse n'en est ni irritée, ni lésée, (b) tuent les gonocoques (c) et ne perdent pas leur propriété bactéricide en se combinant chimiquement avec l'albumine et les corps contenant de la mucine.

Ces remèdes sont en première ligne : les sels d'argent (argentamine, argonine, nitrate d'argent, actol, itrol), en outre le mercure oxycyanuré et l'ichtyol;

2° Il faut par des méthodes et des appareils appropriés mettre ces médicaments en contact avec toutes les parties de la muqueuse qui peut être infectée;

3° Commencer le traitement aussitôt que possible.

Seul l'emploi des remèdes mentionnés plus haut, et qui tuent les gonocoques, permet le traitement à une période aussi précoce. Par là seulement on évite le danger d'une contagion sur les parties non encore infectées.

Le but principal du traitement de la blennorrhagie de la femme est de détruire les gonocoques avant qu'ils prennent une marche ascendante.

XII. — La prophylaxie de blennorrhagie consiste dans les mesures suivantes :

1° Dans un contrôle plus attentif des hommes avant le mariage, contrôle qu'il faut faire d'après les mêmes principes, c'est-à-dire en recherchant les gonocoques;

2° Un contrôle plus sévère des prostituées relativement à la blennorrhagie; car ce sont elles qui de leur côté représentent la source principale de l'infection pour les hommes;

3° Une instruction plus générale et plus complète donnée à tous les médecins en ce qui concerne les maladies vénériennes, donc aussi blennorrhagiques; l'installation de cliniques dans toutes les universités et l'introduction de cette étude dans l'examen d'état.

#### De la blennorrhagie de résidus.

M. SENER. — II. — Les processus inflammatoires créés par les gonoco-

ques peuvent persister après que les gonocoques ont disparu des sécrétions et des tissus : (a) comme processus inflammatoires chroniques, (b) comme récidivants en apparence, (c) comme persistants. L'orateur désigne sous le nom de blennorrhagie de résidus; ces états pathologiques consécutifs à l'infection blennorrhagique.

La différence entre la blennorrhagie aiguë et la blennorrhagie chronique réside souvent plutôt dans le laps de temps écoulé depuis l'infection que dans une intensité plus forte de la période aiguë ou encore dans l'extension très considérable qu'elle prend dès le début.

Ce n'est que sous le rapport clinique qu'il est possible de distinguer une forme typique et une forme atypique d'évolution de la blennorrhagie aiguë, la première évolue avec les caractères de la blennorrhagie aiguë de l'homme, la dernière est plutôt du ressort du gynécologue et du dermatologiste, elle est plus insidieuse et ne présente pas de symptômes subjectifs. On ne saurait établir de transitions tranchées dans la période chronique pour aucune de ces deux variétés.

La condition fondamentale pour l'hypothèse des deux périodes aiguë et chronique, est, outre les symptômes cliniques, la démonstration positive de gonocoques.

La notion de blennorrhagie « latente » doit être définitivement abandonnée, même avec la signification de « gonocoques latents » elle ne peut pas se soutenir. La blennorrhagie dite « latente » est soit l'exacerbation d'une blennorrhagie chronique, soit une nouvelle infection, soit encore une blennorrhagie chronique ou enfin ce que l'orateur décrit sous le nom de blennorrhagie par reliquats (residuale gonorrhoe).

Quant à la vitalité du gonocoque, on ne sait encore rien de certain. Le résultat négatif des recherches de gonocoques dans les sacs tubaires relativement récents et dans les abcès ovariens indique que, tout au moins dans ces parties closes d'organes, leur vitalité et leur faculté de multiplication s'épuise en peu de temps. Mais sur les parties de l'appareil sexuel ouvertes à l'extérieur, il survient aussi, même en l'absence constatée de gonocoques, des maladies chroniques provenant d'une infection blennorrhagique originelle, qui procèdent par conséquent, non de la présence et de l'activité de gonocoques, mais de modifications de tissu qu'ils ont occasionnées, blennorrhagie de résidus.

L'orateur regarde comme reliquats blennorrhagiques :

1<sup>o</sup> Sur la *vulve*, a) la vulvite maculeuse (persistante), les macules semblables à des piqures de puce tout autour des orifices des glandes de Bartholin et des taches rouge foncé, circonscrites autour des canaux para-uréthraux; histologiquement : l'inflammation à marche profonde du corps papillaire et amincissement marqué de l'épithélium; b) l'adénite sclérosante de la glande de Bartholin, des pertes de substance en dehors et en bas de l'orifice de la glande, ainsi que la plupart des kystes de la glande de Bartholin.

2<sup>o</sup> *Urèthre*. — Urétrite maculeuse externe (persistante), différentes formes d'urétrite chronique, rétrécissements (tenesme!), ces derniers souvent compliqués d'urétrite chronique; péri-urétrite chronique, dans ce cas, l'urèthre tout entier est transformé en un tube rigide.

3° *Vagin*. — Colpите maculeuse (persistante) et granuleuse persistante (papuleuse Naumann). Les colpites maculeuse et granuleuse surviennent souvent à côté l'une de l'autre et se présentent dans le spéculum de Ferguson par le traitement avec une solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 sous forme d'une voûte étoilée blanche comme de la neige. Quelques cas de colpите atrophicans (oblitérans), de colpите sénile hémorrhagique, beaucoup de cas de prurit de la vulve ont certainement pour point de départ une blennorrhagie.

4° *Utérus*. — a) L'endométrite et la métré-endométrite chronique post-blennorrhagiques par résidus ; il faut ranger ici de nombreux cas d'endométrite que jusqu'à présent on attribuait à la blennorrhagie chronique ou auxquels on déniait tout rapport avec la blennorrhagie ; b) la périmétrie chronique post-blennorrhagique, sans aucun symptôme partiel d'une péliopéritonite diffuse.

5° *Annexes de l'utérus et péritoine du bassin*. — Salpingite, périsalpingite, oophorite, périooophorite, pélio-péritonite chronique par résidus. Il faut comprendre là des maladies originellement purulentes des annexes et du péritoine du bassin où la collection purulente a fait place à des écoulements séreux, à des épaissements du tissu conjonctif, des cordons, des productions kystiques et pseudokystiques (kystes folliculaires de l'ovaire, kystes mésosalpingiens, lymphocèles, sacs hydro-salpingiens) que l'on doit interpréter comme kystes de rétention. Des poussées inflammatoires peuvent survenir. Rarement on voit apparaître une inflammation récente dans les maladies des annexes par reliquats blennorrhagiques : une périmétrie récidivante dans le sens de Nöggerath ne peut plus être admise aujourd'hui. Les résidus cicatriciels fréquents d'une paramérite antérieure peuvent-ils être aussi d'origine blennorrhagique ? cela dépend de la constatation encore à faire du gonocoque dans l'exsudat paramétritique aigu.

6° *Rectum*. — Une grande partie des rétrécissements du rectum est très probablement d'origine blennorrhagique. Quant aux reliquats blennorrhagiques dans le cœur et les articulations, l'orateur les laisse de côté. Il avoue que quelques-unes des formes décrites ci-dessus, telles que la vulvite maculeuse, la colpите maculeuse et granuleuse, l'endométrite peuvent encore être rangées dans le domaine de la blennorrhagie chronique, quoique dans la plupart des cas les gonocoques manquent absolument et que par suite la blennorrhagie est devenue une blennorrhagie par résidus.

C'est précisément sur le fait que cet état peut exister aussi dans la blennorrhagie chronique avec constatation positive de gonocoques, que s'appuie en partie le diagnostic clinique de la blennorrhagie par reliquats comme aussi d'autre part sur l'anamnèse caractéristique ainsi que sur les altérations morbides de nature spécifique du vagin. Donc même sans la constatation de gonocoques on peut conclure à l'aide des symptômes mentionnés ci-dessus à l'origine blennorrhagique de certaines lésions du vagin, c'est là un point important pour le succès du traitement.

III. — M. BUMM est du même avis que Neisser relativement au diagnostic de la blennorrhagie. Tant qu'il existe des symptômes aigus, particu-

lièrement de l'urèthre, on peut sans doute diagnostiquer la blennorrhagie par les seuls symptômes cliniques, mais non dans les cas de blennorrhagie chronique de la cavité cervicale et de l'utérus; ici l'examen microscopique des sécrétions, une démonstration positive du gonocoque est indispensable; contrairement à Sängér il n'admet pas ce développement insidieux de la blennorrhagie chez la femme: le gonocoque qui végète dans ou sur la muqueuse humaine conserve sa virulence entière pour les muqueuses saines et y provoque constamment, que ce soit un homme ou une femme, des inflammations aiguës. (Preuve: l'ophtalmie blennorrhagique aiguë des nouveau-nés consécutive à la blennorrhagie chronique de la mère et la blennorrhagie uréthrale aiguë que les hommes contractent avec des femmes atteintes de blennorrhagie tout à fait chronique sans symptômes de l'urèthre et de la cavité cervicale). Le gonocoque peut rester virulent dans la blennorrhagie chronique pendant un temps illimité 5, 10 ans et même plus.

Quant à la valeur des signes mentionnés par Sängér de la blennorrhagie par reliquats l'orateur est d'avis de ne pas leur attribuer une trop grande importance. Seule la goutte de pus que l'on peut exprimer de l'orifice des glandes de Bartholin ou des glandes périuréthrales etc. — est démonstrative, mais non la couleur, le siège ou la forme d'une macule. Comme Neisser il regarde le papillome des organes génitaux externes et la vaginite papillaire comme non blennorrhagiques. Les explications de Sängér ne lui semblent pas suffisamment élucider comment après la mort des cocci il peut se développer un processus actif dans la blennorrhagie par résidus.

Si autrefois on a trop déprécié l'importance de l'infection blennorrhagique, actuellement on a la tendance contraire et on lui impute tous les méfaits possibles. Contrairement à cette manière de voir l'orateur maintient encore aujourd'hui que le gonocoque est un pur parasite de la muqueuse et — abstraction faite de circonstances très rares, particulièrement prédisposantes — ne quitte pas la muqueuse; c'est là et principalement dans les périodes chroniques, qu'il colonise tout à fait superficiellement sur l'épithélium, entretient un état d'irritation chronique et de la sécrétion. Les observations isolées, contraires qui devaient mettre en évidence la pénétration profonde dans le tissu conjonctif des gonocoques, à la manière des microorganismes septiques (Dinkler, Wertheim, Jadassohn), s'expliquent par une lésion accidentelle des tissus qui dans ses cas laissent arriver du pus blennorrhagique dans le tissu conjonctif. Quand Madlener, conformément à l'hypothèse de Wertheim, prétend avoir suivi dans un cas des gonocoques jusque dans le muscle utérin et à travers cet organe, l'orateur n'a pas vu de gonocoques dans les préparations de Madlener. Même l'examen de 6 utérus blennorrhagiques après leur extirpation et de fragments de muqueuse atteinte de blennorrhagie ne permettait pas de constater une pénétration profonde des gonocoques dans le tissu. Sa communication antérieure que des gonocoques peuvent être injectés dans le tissu sous-cutané sans réaction a été récemment confirmée par Schäffer et Steinschneider.

Pour le pronostic d'ensemble de l'infection chez la femme il faut rechercher si l'endomètre et la trompe ont été souvent atteints. Cette constata-

tion ne peut avoir lieu qu'avec des malades observés d'une manière compétente et ininterrompue, traités d'une façon rationnelle, depuis le commencement et jusqu'à complète guérison. L'orateur a à sa disposition 74 malades, dont 69, soit 93 p. 100, avaient une blennorrhagie uréthrale, 53, soit 70 p. 100, une blennorrhagie de la cavité cervicale, 16, soit 23 p. 100 une blennorrhagie du corps de l'utérus et 7 soit 10 p. 100 des trompes. Toutefois ces chiffres sont encore trop faibles, les maladies étaient en partie encore de date trop récente pour admettre qu'elles correspondaient à la réalité, d'autant que l'absence de blennorrhagie du corps de l'utérus était uniquement basée sur l'absence de symptômes s'y rapportant.

Toutefois il ressort de ces chiffres que le pronostic avec un traitement approprié n'est pas trop grave. La maladie, livrée à elle-même, la continuation des rapports avec l'homme atteint de blennorrhagie, les couches et suites de couches aggraveraient notablement le pronostic.

Un traitement diététique convenable réussit à arrêter la blennorrhagie ascendante. S'il y a infection des trompes il ne faut pas de prime-abord intervenir avec le bistouri mais plutôt avoir recours autant que possible à la médecine conservatrice. Si l'on institue le traitement d'aussi bonne heure que possible, dès le premier accès, on peut avec le repos prolongé pendant des semaines et un traitement de résorption guérir la plupart des infections tubaires, toutefois c'est très long. Ce n'est que dans ces cas où la trompe est transformée en un grand sac de pus avec parois minces comme du papier qu'il y a lieu d'opérer et d'après l'orateur non au moyen de la salpingotomie mais par l'extirpation vaginale de l'utérus et des sacs tubaires.

#### **Provocation de la blennorrhagie latente chez l'homme.**

M. TOUTON. — On ne peut affirmer la non contagiosité d'une blennorrhagie présentant encore des symptômes de catarrhe que si on ne réussit pas par la provocation à faire apparaître des gonocoques dans la sécrétion qui en était indemne auparavant.

Comme « agents de provocation » on peut citer : les libations copieuses de bière ou de champagne, des injections de nitrate d'argent ou d'argentamine, si possible sous forme des lavages conseillés par Diday de tout l'urèthre, l'introduction de bougies, de préférence de sondes à boule et l'écouvillonnage de l'urèthre avec ces mêmes sondes, la compression des glandes et des follicules au niveau des bougies, la tension, la compression de la prostate et des glandes séminales.

Les gonocoques qui apparaissent le même jour ou le lendemain et le pus qui d'ordinaire les accompagnent, disparaissent très rapidement, dans le plus grand nombre des cas sous l'influence d'un traitement approprié, vraisemblablement à cause de l'immunité relative de la surface uréthrale contre les gonocoques spécifiques.

Exceptionnellement il n'en est pas ainsi, mais il peut s'ajouter à une « récurrence artificielle » de ce genre un écoulement purulent durant plus longtemps et contenant des gonocoques avec tous les dangers d'une infection récente ou d'une récurrence naturelle, principalement une épididymite.

Cet état tient probablement à la perte de l'immunité de l'urèthre contre les gonocoques spécifiques pendant le temps où ils étaient cachés.

Il faut donc appeler l'attention des malades sur ces éventualités en insistant sur ce que, quand on laisse tranquilles des gonocoques supposés latents, ils peuvent apparaître cependant tôt ou tard et occasionner éventuellement une infection immédiate de la femme après le mariage. D'autant plus qu'on n'a pas de point de repère certain pour savoir au bout de combien de temps les gonocoques meurent spontanément dans leurs cachettes, autrement dit perdent leur propriété infectieuse.

Dans un cas douteux, après dix lavages de tout l'urèthre d'après le procédé de Diday, avec le nitrate d'argent ou l'argentamine (0,05 à 0,1 p. 200) dans l'espace de vingt jours, après l'examen de l'urèthre avec une grosse sonde à boule (21 à 25 de la filière Charrière) et après avoir comprimé à plusieurs reprises la prostate c'est-à-dire les vésicules séminales, s'il n'apparaît pas de gonocoques dans la sécrétion et que cette dernière a plutôt diminué qu'augmenté ou tout à fait disparu, on peut alors regarder le malade comme non dangereux. Toutefois il faut lui conseiller dans son propre intérêt de suivre un traitement contre un catarrhe éventuel de reliquats, infiltrats et rétrécissements, production de nodosités dans la prostate, etc.

M. KIEFER indique les conséquences pratiques de ses recherches bactériologiques faites à la clinique de A. Martin. Il a fait des examens microscopiques et des cultures avec une série de 40 malades atteintes de pyosalpingite et d'abcès ovariens, dans lesquels le péritoine était le plus souvent souillé de pus. Aucune de ces malades n'a succombé à l'infection du péritoine par le fait de son propre pus, la guérison était plutôt la règle générale. Il faut en chercher les causes en ce que dans des cavités purulentes fermées toutes les bactéries — sans exception — succombent à l'action durable de la surproduction de leurs propres toxines. Dans des cavités qui communiquent avec la surface, la virulence se conserve au contraire longtemps. Il a en outre constaté que les recherches par les cultures l'emportaient d'un quart à demi au point de l'utilité pratique sur les examens microscopiques.

M. NEUBERGER proteste contre les signes de la blennorrhagie cités par Sânger. Il regarde comme importants pour le diagnostic de la blennorrhagie chronique les épanchements des alvéoles glandulaires qu'on peut trouver çà et là dans les préparations et croit qu'il faut dans tous les cas en tenir compte.

M. SÂNGER repousse la critique de Neuberger et se déclare victime de la doctrine clinique de la blennorrhagie, qui doit aussi chercher à se maintenir sans gonocoques surtout là où ils n'existent plus, bien que la maladie due aux gonocoques persiste encore, c'est-à-dire a laissé des traces certaines. Il s'attendait à l'opposition de ceux qui voient dans la démonstration positive des gonocoques le dernier mot de tout diagnostic de la blennorrhagie et même de toute recherche de gonocoques. Quand Bumm pense que les « macules » apparaissent aussi sans infection blennorrhagique par exemple chez des femmes récemment mariées, ces formes qui guérissent rapidement se distinguent des macules post-blennorrhagiques



vraies et persistantes, dans lesquelles il s'agit d'une inflammation chronique grave. Entre la manière dont se comporte l'infection blennorrhagique chez les prostituées et chez les femmes de la pratique gynécologique ordinaire, il y a une différence essentielle. L'inflammation post-blennorrhagique des annexes ne s'éteint pas en même temps que disparaissent les gonocoques ; des poussées inflammatoires récentes sans nouvelle infection sont possibles, mais certainement rares. Quand Bumm avec un traitement soigneux de ses cas choisis a vu dès le commencement encore 10 p. 100 de maladie des trompes, ceci n'est pas en faveur de la théorie plus atténuée de la blennorrhagie défendue par cet auteur.

Aussi est-ce une contradiction quand Bumm d'une part conseille un traitement expectant à longue portée des maladies purulentes des annexes et de l'autre l'opération radicale vaginale.

M. CASPARY croit pouvoir admettre des cas où il y a des gonocoques, mais qui ne provoquent aucun symptôme chez le malade lui-même. Ces malades sont-ils infectieux pour d'autres personnes ?

M. NEISSER défend Neuberger contre Säger et insiste sur ce que les macules et d'autres symptômes cités par Säger présentent, en réalité, un intérêt clinique, mais n'ont absolument aucune valeur pour le diagnostic. Il s'élève avec Bumm, contre la théorie des infections dites « atypiques, insidieuses ». Ces infections apparaissent d'une façon tout à fait typique, simplement par de infections cervicales directes ; elles proviennent en réalité souvent des blennorrhagies dites chroniques des hommes, mais non parce que les gonocoques seraient moins virulents, mais parce que tout naturellement les petites quantités de sécrétion et le petit nombre de gonocoques tels qu'ils existent dans une blennorrhagie chronique, n'ont par la cohabitation aucune occasion d'infecter directement l'urèthre ; très fréquemment ils ne sont expulsés qu'avec l'éjaculation et ne peuvent de cette façon infecter que la cavité cervicale. Alors on n'observe pas les signes alarmants de la suppuration uréthrale.

D'ailleurs l'opinion que des conditions de ce genre se déroulent autrement chez les prostituées que chez les autres femmes repose sur une hypothèse tout à fait arbitraire. Il a été ensuite question de la vitalité des gonocoques et on a dit qu'ils conservent leur virulence pendant de nombreuses années. Mais ce fait devrait conduire à préciser un traitement bactéricide énergique dans tout les cas où l'on constate le gonocoque. On n'est pas autorisé, comme Caspary, à compter sur des hasards heureux c'est-à-dire qu'il n'y aurait pas de contagion ultérieure de la part de ces hommes « inoffensifs ».

L'orateur fait encore remarquer que la particularité signalée par Bumm de maladie épithéliale pure a une grande importance ; sans une occasion spéciale les gonocoques ne pénètrent en aucun cas dans d'autres tissus. Finalement il proteste contre le danger de plusieurs infections gonococci-ques pendant la même maladie. Il ne peut pas admettre que cette adjonction de quelques nouveaux gonocoques à ceux déjà existants puisse présenter un danger spécial. Ce qu'on désigne habituellement comme « nouvelle infection » serait plus justement décrit comme adjonction de toutes les actions nocives créées par un genre de vie non approprié, des excès



vénériens ou de boissons qui occasionnent des aggravations et des extensions de la maladie.

### **Albuminurie dans la blennorrhagie.**

M. GOLDBERG. — De nouvelles méthodes de recherches ont montré que dans environ 1/7 des cas de blennorrhagie, il survient une véritable albuminurie. Elle est rarement occasionnée par une extension ascendante locale de l'inflammation, souvent par infection métastatique ou intoxication. En faveur de cette opinion, il y a son indépendance de la strangurie, sa fréquence, son époque d'apparition au point culminant de l'infection, sa coïncidence avec d'autres métastases blennorrhagiques, les modifications qu'elle subit par le traitement anti-blennorrhagique, finalement la constatation faite dans un cas par Goldberg de cylindres épithéliaux du rein, sans apparition de pyélite.

M. MANKIEWICZ trouva dans ses recherches sur l'albuminurie chez des individus atteints d'une première blennorrhagie aiguë non traitée, dans 44 cas 14 fois de l'albumine. Il n'examinait la seconde portion qu'après l'évacuation de 150 c. c. Comme réaction il a employé l'acide sulfo-salicylique ; la cause de l'albuminurie est en partie réflexe, en partie de nature fébrile.

M. JADASSOHN est étonné du pourcentage considérable de l'albuminurie vraie dans les recherches de l'orateur précédent. Cela tient certainement en partie aux différences de malades, en partie aussi aux méthodes de recherches. Il est convaincu qu'on ne saurait donner une explication unique pour tous les cas et que dans beaucoup d'entre eux il faut regarder la strangurie comme la cause directe de l'albuminurie, attendu que cette dernière disparaît parfois immédiatement après l'emploi des narcotiques.

M. KULISCH demande à l'orateur dans combien des cas qu'il a cités d'albuminurie, il existait en même temps une cystite blennorrhagique, attendu que Englisch, dans les travaux qu'il a publiés il y a deux ans sur le traitement du catarrhe vésical, dit que dans la cystite blennorrhagique il y a presque toujours une néphrite.

M. GOLDBERG répond que avec l'albuminurie il existait presque toujours des complications blennorrhagiques, rarement de la cystite, il n'a vu que exceptionnellement la strangurie en rapport avec l'albuminurie. Ne pas réunir la strangurie et l'infection ascendante, c'est-à-dire métastatique, comme cause d'une albuminurie, est encore beaucoup plus difficile chez les autres malades atteints de cystite : quand l'urine est claire, dans les cas d'hypertrophie de la prostate, il n'a pas trouvé d'albumine avec la strangurie.

M. CASPARY a vu très souvent dans la blennorrhagie de l'albumine en faible proportion et d'une manière passagère. Autant qu'il peut se le rappeler il s'agissait habituellement, dans ces cas, d'une aggravation dans l'état général. On n'a aucun motif de croire à des métastases.

M. UNNA demande s'il survient aussi une albuminurie passagère dans d'autres variétés de strangurie (pierre, maladies nerveuses).

**Traitement précoce de la blennorrhagie avec les lavages argentiques**

M. GALEWSKY. — Depuis la vulgarisation de la méthode de Janet, les dermatologistes et les urologistes se sont surtout bornés à contrôler cette méthode. L'orateur a lui aussi essayé d'instituer un traitement abortif de la blennorrhagie avec des lavages argentiques en faible concentration. Il n'a traité que des cas récents, au plus tard le quatrième jour après l'apparition de la maladie et pour lesquels on avait la certitude d'une affection récente. Il faisait des lavages avec une solution argentique (1 p. 1000 jusqu'à 1 p. 2000) avec une sonde molle (10 à 14 Charrière). S'il survenait de l'irritation, on injectait 1 à 2 fois des solutions faibles, jusqu'à disparition de l'irritation. En général 5 cas furent lavés chaque jour deux fois, 15 une fois ; sur ces 28 cas 2 guérirent en 6 jours, 3 en 12, 1 en 13, 1 en 14, 5 en 16, 1 en 17, 1 en 18, 3 en 20, 30, 32, 46 jours ; un malade se déroba au traitement. Donc sur 20 cas 16 furent guéris dans l'intervalle de 12 jours,, pourcentage qui deviendrait encore notablement meilleur si chez tous on pouvait faire des lavages deux fois chaque jour. Parmi ces 20 cas il survint dans un cas de la cystite, dans un autre de la cystite et de la prostatite. L'orateur demande qu'on expérimente cette méthode, très susceptible encore selon lui d'être améliorée, attendu qu'il est convaincu que le traitement par les lavages dans la blennorrhagie aiguë peuvent accélérer beaucoup la guérison.

M. HAMMER a depuis plus de 3 ans employé le traitement abortif avec le nitrate d'argent à 1 p. 1000 et dans les cas, où on a commencé de très bonne heure, il a obtenu une guérison absolue. On ne doit regarder comme guéris que les malades chez lesquels, toute sécrétion a disparu. Si ce résultat ne s'observe pas le premier jour, le succès est incertain et la guérison présente une difficulté spéciale.

M. JADASSOHN croit que le traitement abortif est toujours très dangereux, parce que, même longtemps après la disparition des gonocoques, il survient des récidives ; appliqué aux cas chroniques le traitement est approprié et souvent accompagné de succès. Il recommande l'emploi d'une pression particulièrement élevée, suivant la tolérance du malade, attendu que ce n'est qu'avec l'extension maxima de l'urèthre que l'épithélium est aminci au point que les remèdes dont on peut disposer pénètrent assez profondément.

M. KROMAYER demande si la guérison, que Galewsky réclame, veut dire indemne de gonocoques ? ou urine du matin indemne de filaments, et met en garde contre l'idée d'une guérison, même quand avec des examens fréquents on n'a pas trouvé de gonocoques.

M. GALEWSKY, contrairement à Kromayer, regarde comme guéris non seulement les malades indemnes de gonocoques, mais encore ceux indemnes de symptômes inflammatoires. En opposition à Hammer, il fait remarquer qu'il attribue moins d'importance à la concentration des solutions de lavage qu'à leur emploi fréquent.

M. GODBERG. — Dans 14 traitements abortifs, d'après Janet, dans des cas tout à fait récents (1 à 2 jours après l'apparition des premiers symptômes, en l'absence de phénomènes inflammatoires) il a obtenu la guéri-

rison 7 fois en moins d'une semaine, 6 fois en une à deux semaines, et un insuccès.

M. TOURON. — Scientifiquement, il ne peut naturellement être question de guérison de la blennorrhagie que quand tous les symptômes ont disparu. Ce but ne peut pas toujours être atteint. Par conséquent, il est pratiquement plus juste de mettre en première ligne la non contagiosité du malade, ce qui est acquis lorsque la provocation ne fait plus apparaître de gonocoques.

M. BAER regarde la méthode de Janet comme très efficace. L'orateur emploie des solutions faibles et augmente leur concentration suivant la réaction. Il n'est pas possible de faire disparaître directement les filaments, en tout cas, les gonocoques disparaissent en peu de temps. La présence de filaments sans gonocoques dans l'urine dépend de la nature de la muqueuse uréthrale.

M. UNNA. — Il ne faut pas laisser la blennorrhagie devenir chronique, c'est une très grande faute de la laisser se développer d'abord 15 jours et de commencer ensuite le traitement. Le malade doit faire des injections non seulement le jour, mais jour et nuit. Avec la méthode de Janet, le principe du renversement du courant de sécrétion est la chose principale.

M. KOHN croit contrairement à Galewsky que, outre l'action de lavage, ce qui importe avant tout, c'est l'influence chimique. A la clinique de Wolff à Strasbourg on a institué des lavages avec du sulfophénate de zinc 1 p. 200 et même avec de l'eau distillée chaude et on n'a pas obtenu de résultats favorables. De toutes les méthodes de lavage médicamenteux, la meilleure, selon l'orateur, est celle de Janet, en observant consciencieusement le procédé technique.

#### **Traitement de la blennorrhagie aiguë avec l'airol.**

M. EPSTEIN a, depuis le mois de mars de cette année, traité 21 cas de blennorrhagie aiguë et subaiguë avec une émulsion d'airol à 10 p. 100. Les injections sont en général très bien supportées, la première seule provoque souvent des malaises subjectifs. Parmi ces cas, il en était dix d'urétrite totale. Dans ces cas, l'injection d'airol était tout à fait sans action non seulement sur l'urétrite postérieure, mais encore sur la quantité de sécrétion provenant de l'urétrite antérieure et sur les gonocoques. Dans deux cas d'urétrite antérieure, l'airol échoua complètement, dans 11 cas, il donna des résultats favorables mais peu différents de ceux avec les autres méthodes; deux fois, cependant, on réussit à couper complètement le processus blennorrhagique aigu.

M. BAER a traité trois malades avec l'airol. Dans un cas tous les symptômes de la blennorrhagie ont disparu d'une manière remarquablement rapide. Après la troisième injection il n'y avait plus de gonocoques, et malgré un contrôle attentif on n'a pas pu en constater ultérieurement.

#### **Kératinisation pathologique et méthode de Gram.**

M. ERNST démontre sur plusieurs dessins la valeur de la méthode de

Gram pour l'étude de la substance cornée ; comme exemples, il cite les cancers de la peau, les cornes cutanées sur une base carcinomateuse, les kératomes, les acanthomes, le psoriasis, etc. Le cholestéatome du bassin du rein et la muqueuse épidermée des bulles donnent aussi une réaction positive, de sorte que cette méthode ne permet d'établir aucune différence entre la corne ectodermique et les produits analogues d'autres feuilletts blastodermiques.

Partout la méthode fait reconnaître une fine structure granuleuse, qui a sans doute une importance spéciale mais n'a rien de commun avec la kératohyaline.

M. HANSEMANN recommande la méthode de Ernst particulièrement pour l'étude des différentes kératinisations dans les cancrôides.

M. UNNA demande si les granula cornés sont autre chose que de la kératohyaline?

M. ERNST. — Selon lui les granula ne seraient pas de la kératohyaline, mais il ne saurait dire encore s'ils sont de nature cornée.

M. HERXHEIMER connaît les granula de Ernst et croit qu'ils se trouvent dans les cellules. Il recommande pour leur étude la méthode de Weigert par la fibrine.

#### **Métaplasie de l'épithélium en tissu conjonctif dans les nævi mous de la peau.**

M. KROMAYER se place tout d'abord au point de vue de Ribbert ; d'après ses communications il se forme à nouveau du tissu conjonctif dans les nævi mous de la peau et il se borne ici à démontrer que dans les premières périodes de croissance de ces nævi, qui commencent comme des taches lenticulaires il y a effectivement des processus qu'il a décrits dans un autre travail.

Dans l'épithélium il se forme par la perte de la fibrillation du protoplasma des foyers de points épithéliaux sans couche épineuse qui peu à peu se détachent du tissu épithélial environnant pourvu d'épines, sont enfoncés dans le tissu conjonctif et forment le complexe cellulaire en question dans les nævi mous de la peau.

Dès que ces processus tout à fait évidents et positifs pour l'auteur sont reconnus comme certains, si l'on admet que des tissus conjonctifs se forment réellement dans les complexes cellulaires, le cycle est achevé ; l'épithélium enfoncé dans le derme est transformé en tissu conjonctif.

M. RIBBERT regarde les tableaux décrits par Kromayer comme provenant d'une croissance de cellules dans le tissu conjonctif et de leur compression contre l'épiderme.

M. HERXHEIMER tient les cellules de Kromayer dans le tissu conjonctif pour des endothéliums. Il fait remarquer que les fibres élastiques ne se colorent pas avec la méthode de Weigert par la fibrine, comme Kromayer le dit à tort.

M. LUBARSCH croit que les cellules de nævus ont encore d'après Unna une forme épithéliale.

M. UNNA fait remarquer que sa théorie de la séparation par étranglement épithélial des cellules de nævus ne se rapporte pas, comme l'a dit

Ribbert, aux tableaux où les cellules de nævus se détachent nettement, mais au contraire à ceux où elles émergent peu à peu hors de l'épithélium. Unna rectifie l'opinion de Lubarsch d'après laquelle les cellules de nævus auraient encore (suivant l'orateur) la forme épithéliale; au contraire le processus de séparation par étranglement de l'épithélium commence par la disparition graduelle de la fibrillation épithéliale des cellules.

**Conservation, désinfection et traitement des maladies infectieuses au moyen de la formaldéhyde en solutions nouvelles.**

M. ROSENBERG. — La formaline est une solution aqueuse à 40 p. 100 de formaldéhyde, tandis que l'holzine est une solution alcoolique à 60 p. 100 de la même aldéhyde, le dissolvant étant de l'alcool méthylique.

La solution alcoolique présente des avantages importants. En effet si on laisse évaporer la formaline, la formaldéhyde qui y est contenue ne disparaît qu'en partie, d'autre part on obtient par polymérisation, un résidu, la paraformaldéhyde, qui est absolument sans valeur. Par contre, l'holzine s'évapore au point qu'on ne trouve pas trace de résidu et la totalité de la formaldéhyde du liquide entre en action.

On l'emploie de la manière suivante : on ajoute une faible proportion de menthol, qui dans la proportion de 1 p. 1 est facilement soluble dans l'alcool méthylique. Avec cette addition on restreint beaucoup non seulement l'irritation de la muqueuse provoquée par la formaldéhyde, mais on exerce aussi directement une influence favorable sur les muqueuses, notamment sur les organes des voies respiratoires.

L'holzine purifie l'air et désinfecte les chambres et les objets si complètement que même les bacilles et spores de la pustule maligne sont détruits à coup sûr. On peut de la même façon stériliser sûrement des aliments de toute nature. Mais cette stérilisation des aliments n'est devenue pratique que parce que au moyen d'un revêtement gélatineux durci immédiatement on a mis des aliments stérilisés complètement, par exemple la viande, tout à fait à l'abri de l'air. De plus, la gélatine enlève immédiatement l'odeur et le goût de la formaldéhyde qui peut encore adhérer à la viande, parce que la gélatine forme avec la formaldéhyde, une combinaison absolument insipide.

L'orateur signale ensuite l'action favorable de l'holzinol dans le traitement de la coqueluche.

Comme la formaldéhyde agit non seulement en solution de 1 p. 10,000 en empêchant le développement des germes pathogènes, mais aussi en solution de 1 p. 100,000, l'holzine dans la proportion de deux cuillerées à soupe dans 10 litres d'eau (donc 3 p. 1,000), constitue un liquide avec lequel on peut stériliser très facilement par simple lavage le sol des salles d'hôpital et d'école.

Finalement l'orateur a aussi expérimenté l'usage interne de la formaldéhyde en solution avec du sucre de lait qu'il désigne sous le nom de stérisol, pour le distinguer de l'holzinol. Il a commencé par 0,015 de formaldéhyde chaque jour jusqu'à 0,06, pris en quatre fois. L'état général resta constamment bon. L'examen microscopique du sang ne révéla absolument aucune modification due à ce remède. L'urine resta longtemps indemne d'albu-

mine, elle était claire et présentait un dépôt très faible après un long séjour. Par contre on constatait par la réduction de l'argent avec une solution de nitrate d'argent ammoniacal des quantités relativement considérables de formaldéhyde dans l'urine. Cette même urine peptonisée, transformée en terrain de culture, inoculée ensuite avec de nombreux bacilles typhiques, resta longtemps stérile ; des cultures en plateau et des tentatives d'inoculation donnèrent des résultats absolument négatifs. Il y a donc lieu de conclure que la formaldéhyde qui a pénétré dans le sang est éliminée par les reins. D'après ces données, l'orateur a employé avec des résultats plus ou moins satisfaisants, le stérisol dans la tuberculose, l'érysipèle, la diphtérie.

M. BLUM ne croit pas à l'exactitude des méthodes de recherche employées par Rosenberg, attendu que ses résultats sont en opposition avec tous ceux obtenus jusqu'à présent. Il trouve étranges toutes les assertions de l'orateur, comme par exemple la puissance désinfectante de la formaldéhyde, son élimination dans l'emploi interne. L'orateur a vraisemblablement commis des erreurs d'expérimentation.

M. ALBU recommande comme désinfectant l'emploi de la formaldéhyde par le nouvel appareil de Trillat, qui a de nombreux avantages. Mais, même avec cet appareil, le gaz exerce une action exceptionnellement irritante qui nuira sans doute à sa valeur pratique. Pour l'emploi de la formaldéhyde comme agent curatif, il faut être très réservé. L'opinion de Rosenberg, que la formaldéhyde serait éliminée par l'urine, est déjà théoriquement inadmissible, attendu qu'elle est complètement brûlée dans le corps. Par oxydation, il se forme de l'acide formique qui possède des propriétés réductrices.

M. E. R. FRANK appelle l'attention sur les défauts de la stérilisation des cathéters au moyen de la formaline.

M. ROSENBERG répond que ses recherches se rapportent non à la formaline mais à l'holzine.

A. DOYON.

## REVUE DES THÈSES DE VÉNÉRÉOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1895-1896.

### J. BOURDIEU. — Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire. (Dilatation des bronches). 13 février 1896.

L'auteur a eu l'occasion d'observer dans le service de M. Lancereaux un malade syphilitique depuis trente-trois années, et atteint depuis dix ans des signes ordinaires de l'asthme, de la bronchite chronique puis de la dilatation des bronches. Ce malade mourut et à l'autopsie on trouva une altération scléro-gommeuse généralisée de tous les tuyaux bronchiques avec dilatation de ces conduits. On trouvait en même temps un épaississement de toute la trame conjonctive péri-lobulaire, péri-alvéolaire et péri-bronchique; mais ces altérations étaient secondaires. Cette forme rare de syphilose pulmonaire a été déjà cependant signalée et étudiée en France notamment par MM. Dieulafoy en 1889, Marfan et Balzer et Grandhomme dans la syphilis héréditaire.

La dilatation des bronches est due à la destruction des éléments résistants de la paroi (fibres musculaires et élastiques, cartilages). Les lésions sont surtout sous-épithéliales. La présence de gommès dans le tissu scléreux qui remplace la paroi de la bronche (jointe aux autres viscéropathies syphilitiques qui coexistent presque toujours) caractérise la lésion. Ces petites gommès subissent parfois l'infiltration calcaire.

La symptomatologie et l'évolution de cette bronchopneumonie chronique n'a rien de spécial et son diagnostic se tire surtout des antécédents et des autres signes actuels possibles de syphilis. Le traitement spécifique peut fournir un critérium capital; mais encore faut-il qu'il agisse à temps; car dans ce cas comme pour toutes les autres lésions viscérales de la syphilis, s'il est efficace contre les lésions gommeuses et les processus à leur début, il ne peut presque rien contre les scléroses établies, et dans le cas particulier contre la bronchectasie, qui est la conséquence anatomique banale de la lésion spécifique de la muqueuse.

### A. REGNIER. — Contribution à l'étude des manifestations rénales de la syphilis acquise. 5 février 1896.

Cette thèse ne contient aucune donnée nouvelle sur la question qu'elle résume d'ailleurs très sommairement; elle contient une observation inédite recueillie dans le service de M. Fournier relative à une malade âgée de 43 ans atteinte de syphilides psoriasiformes tuberculo-squameuses et présentant des symptômes de néphrite. La syphilis remontait à une époque inconnue mais certainement à plus de dix années: le traitement provoqua une amélioration rapide de la néphrite sans modifier aussi bien les accidents cutanés.



**L. LACROIX. — Contribution à l'étude de quelques conséquences éloignées de la syphilis. 4 décembre 1895.**

Ces conséquences éloignées seraient les affections dénommées récemment par M. Fournier, *parasyphilitiques*. Ce travail ne témoigne d'aucun effort sérieux. L'auteur cite d'abord quatre observations déjà connues de goître exophtalmique chez des personnes autrefois syphilitiques mais convient qu'on ne peut établir aucun lien entre la syphilis et le goître actuel ; viennent ensuite quelques observations non moins connues de néphrites syphilitiques *vraies* qui ne sauraient par conséquent rentrer dans le cadre des affections parasyphilitiques ; enfin deux cas de diabète.

**E. BOURDAIS. — De la sensibilité subjective et objective dans la paraplégie spinale syphilitique. 19 décembre 1895.**

Histoire détaillée d'un cas observé dans le service de M. le Dr Robin et relaté déjà en partie dans la thèse de M. Lamy (obs. VIII) qui observa ce malade dans le service de Charcot.

Homme âgé de 32 ans, syphilitique depuis 2 ans, bien traité, est pris après des céphalées de douleurs sourdes dans les reins et dans les membres inférieurs puis de faiblesses des jambes qui va en augmentant et bientôt se paralyse complètement en 24 heures. Au bout de deux ans la paraplégie ne s'est pas modifiée. Ce qui semble caractériser ce cas c'est la persistance des douleurs et même leur augmentation une fois la paraplégie consommée. Le malade a chaque jour des douleurs paroxystiques très violentes à la région sacrée, au périnée et dans les membres inférieurs.

Dans les cas ordinaires la douleur va au contraire s'atténuant à mesure que la maladie progresse.

Ces troubles sensitifs revêtent des aspects variables et permettent de différencier plusieurs variétés cliniques (forme de pseudo-tabes, syndrome de Brown-Séquard, dissociation syringomyélique). Ces troubles relèvent d'une altération primitive ou secondaire des racines rachidiennes postérieures.

**PAUL CHAMPENIER. — Des névrites syphilitiques et en particulier de la névrite cubitale de la période secondaire. 20 novembre 1895.**

Les observations sur lesquelles s'appuie ce travail ont été communiquées à la Société française de dermatologie en juillet 1895 et ont été prises dans le service de M. le Dr Gaucher. A ces faits directement observés l'auteur en a joint un certain nombre relevés dans la littérature, et l'ensemble lui a permis de résumer les symptômes de cette manifestation relativement rare de syphilis secondaire.

La névrite apparut dans ces cas dans les six premiers mois de l'infection. Les malades accusent d'abord des douleurs, des fourmillements, de l'engourdissement dans le petit doigt et l'annulaire. Les douleurs augmentent bientôt d'intensité, sourdes, continues, avec des crises paroxystiques.

Aux phénomènes sensitifs s'ajoutent des troubles de motilité en rapport

avec les muscles innervés par le nerf cubital; ce sont la difficulté pour pincer avec le pouce et l'index, l'impossibilité d'étendre complètement l'annulaire et le petit doigt, la difficulté pour rapprocher le petit doigt de l'annulaire. En même temps diminution de la force dynamométrique de la main, extension difficile, adduction difficile également parce que le cubital antérieur qui participe à ce mouvement est atteint dans son innervation. La contractilité électrique est diminuée dans les muscles atteints. Les mouvements auxquels prennent part exclusivement les muscles innervés par le nerf médian et le nerf radial sont normaux. Apparaissent à la suite des troubles trophiques; les espaces interosseux s'accroissent, l'espace situé entre le pouce et l'index maigrit, l'éminence hypothénar s'affaisse, le bord interne de la main s'aplatit. On constate également une diminution de la sensibilité dans la moitié interne de l'avant-bras.

La cause de ces troubles est une lésion périphérique et non une lésion centrale; l'absence d'une autre cause de névrite à invoquer, et aussi de lésion syphilitique osseuse, exostose ou périostite pouvant comprimer le nerf, permet d'attribuer à une influence syphilitique directe cette névrite. Il semble que la localisation de la syphilis sur les nerfs puisse être considérée comme un indice de syphilis maligne précoce; cependant le pronostic de névrite même est favorable si le traitement intervient; dans les trois cas directement observés les malades reçurent des injections de benzoate de mercure. Les courants continus constituent un utile adjuvant.

**J. BARDURY. — De l'association fréquente des phénomènes cérébro-bulbaires aux symptômes médullaires de la syphilis. 6 mai 1896.**

Travail fait à la clinique de M. le professeur Fournier, relatant des faits directement observés, et résumant cent observations de syphilis médullaire déjà publiées.

Après un premier chapitre consacré à une étude résumée d'ensemble des myélites syphilitiques, l'auteur passe en revue les différents phénomènes cérébro-bulbaires que l'on observe parfois dans les myélites.

Ces phénomènes tantôt précédent, tantôt suivent les accidents spinaux.

Le plus souvent les phénomènes cérébro-bulbaires précèdent de fort peu de temps l'apparition des symptômes de myélite. Les troubles les plus fréquemment observés sont ceux de l'appareil de la vision, paralysies oculaires variées, diplopie, hémianopsie, diminution de l'acuité visuelle. De tous les nerfs oculaires celui de la troisième paire est le plus souvent atteint : l'apparition de paralysies oculaires au cours de myélites constitue un signe important de présomption en faveur de la syphilis.

Après les phénomènes oculaires viennent les signes réunis par M. Fournier sous le nom de syphilis cérébrale à forme congestive : vertiges, éblouissements, troubles passagers de la parole et de l'intelligence, ictus divers pouvant donner lieu à des paralysies passagères. L'épilepsie, l'aphasie dans ses diverses formes, des troubles psychiques; des phénomènes douloureux, névralgie de la cinquième paire; des troubles sensitifs, hémianesthésie, crises viscérales etc., peuvent être tour à tour observés.

Dans un troisième chapitre il étudie cette association dans les myélites parasyphilitiques et reprend les faits déjà connus et acceptés de tous de concomitance de tabes et de paralysie générale.

Sans pouvoir donner de chiffres absolus quant à la fréquence de ces associations, M. Bardury croit cependant, en compulsant et comparant les diverses statistiques publiées, qu'on les rencontre dans plus de la moitié des cas et que la syphilis est avant tout une maladie cérébro-spinale. Ce qui est vrai pour la myélite syphilitique l'est encore plus pour l'ataxie puisque dans le tabes les phénomènes oculaires seuls existent dans 80 p. 100 des cas au moins.

#### A. SCHWAB. — De la syphilis du placenta. 27 février 1896.

La cause prochaine de l'accouchement prématuré chez les syphilitiques, accouchement dont on connaît la fréquence et la signification n'est pas encore déterminée d'une façon certaine. Il semble juste d'admettre qu'elle réside surtout dans des lésions du placenta, et que l'on peut parler d'un placenta syphilitique comme on décrit un foie syphilitique, une artérite syphilitique du cerveau. En étudiant les travaux relativement assez nombreux qui ont paru jusqu'alors sur les lésions du placenta dans la syphilis, force est d'avouer que la lumière est loin d'être faite sur la question.

Presque tous les auteurs cependant sont d'accord que le placenta dans le cas de syphilis congénitale est volumineux, hypertrophié, pâle et d'aspect oedémateux.

Histologiquement les auteurs tels que Macdonald, de Sinéty, Vallois, Saxinger, Steffek ont décrit des lésions analogues, une hypertrophie des villosités fœtales qui de plus se déforment. Ces villosités sont remplies par un grand nombre de cellules de formes et de volume variables, souvent granuleuses. A ce stade de prolifération cellulaire peut succéder la transformation scléreuse. Le revêtement épithélial s'altère lui aussi. Macdonald avait déjà fait remarquer que tout ce processus avait probablement pour point de départ et pour centre l'inflammation des vaisseaux fœtaux. Mais depuis qu'on connaît l'importance des artérites syphilitiques dans les autres organes, on admet généralement que l'endopériartérite des vaisseaux des villosités choriales est le point de départ des lésions syphilitiques et non leur aboutissant.

Ce sont ces divers résultats que l'auteur a voulu vérifier personnellement et ses examens portent sur 15 placentas recueillis dans les services d'accouchements où il a été attaché comme interne. Ce très important et remarquable travail se résume dans les conclusions suivantes : Oui, on est en droit de décrire un *placenta syphilitique*, présentant des caractères spéciaux, reconnaissables surtout au microscope.

Les lésions placentaires accompagnent la syphilis fœtale héréditaire ou congénitale. Cependant dans quelques cas où la syphilis fut contractée par la mère longtemps après la conception on peut observer des lésions peu étendues alors que l'enfant est sain.

A l'œil nu le placenta syphilitique est reconnaissable par l'hypertrophie souvent considérable qu'il présente. Tandis que le placenta normal représente 1/6 environ du poids du fœtus, le placenta syphilitique représente

comme poids le 1/4 du poids d'un fœtus syphilitique à terme et 1/3,5 du poids d'un fœtus syphilitique âgé de 7 à 8 mois et demi. Le placenta de plus est pâle, oedémateux, parfois mou et friable, parfois dense et ferme. Les caractères peuvent faire soupçonner la syphilis ; elles ne sauraient la faire affirmer.

Au contraire les altérations microscopiques du placenta syphilitique constantes, sont en quelque sorte spécifiques ; elles sont constituées par une véritable cirrhose placentaire, d'origine embryonnaire. Les lésions sont diffuses, atteignant les différents éléments du placenta tant fœtal que maternel. Les villosités choriales sont hypertrophiées et déformées. La première lésion en date, celle qui précède et détermine toutes les altérations du placenta syphilitique est constituée par une endo-périartérite et une endo-périphlébite plus ou moins généralisée aux vaisseaux des villosités choriales.

Cette endo-périartérite, d'ordinaire embryonnaire est souvent scléreuse et s'accompagne d'une infiltration embryonnaire ou scléreuse péri-vasculaire. Ces lésions vasculaires sont constantes ; elles conduisent souvent à l'oblitération d'un grand nombre de vaisseaux fœtaux. Le stroma des villosités est altéré par une infiltration embryonnaire souvent considérable, surtout péri-vasculaire. Parfois on constate la transformation scléreuse.

L'épithélium de revêtement des villosités est ou détruit ou proliféré.

La membrana chorii est souvent épaissie ; les vaisseaux qui y sont contenus peuvent être atteints d'endo-périartérite.

Le placenta maternel ou caduque séroline ne renferme jamais à notre connaissance des gommes macroscopiques. On peut parfois y déceler des formations gommeuses microscopiques ou un peu d'épaississement des capillaires.

Le cordon ombilical peut présenter une infiltration embryonnaire plus ou moins accusée et des lésions vasculaires.

Quelle que soit l'origine de la syphilis, toutes les parties du placenta peuvent être malades ; placenta maternel et placenta fœtal peuvent être lésés d'une façon diffuse. Ce qui est vrai seulement, c'est que malgré la généralisation des lésions la syphilis placentaire se localisera avec plus ou moins d'intensité dans l'une ou l'autre partie du placenta suivant l'origine du virus.

Les lésions du placenta syphilitique peuvent suffire à expliquer souvent la mort du fœtus *in utero* ou son état cachectique, par une sorte d'anoxémie qu'elles provoquent. D'où l'explication des accouchements prématurés si fréquents dans la syphilis.

Dans le placenta syphilitique on peut rencontrer des lésions banales, telles que foyers hémorragiques, noyaux fibro-graisseux infarctus blancs.

Les infarctus blancs ou dépôts de fibrine ne sont que des foyers hémorragiques transformés. Les causes de l'infarctus blanc sont donc les mêmes que celles des foyers hémorragiques. Elles sont multiples. L'infarctus blanc est dû, soit à des troubles circulatoires du placenta très fréquents à la fin de la grossesse ; soit à des lésions de vaisseaux maternels du placenta ; soit à des lésions d'endométrite de la caduque placentaire ou des prolongements intra-placentaires de cette caduque ; soit enfin à l'oblitération d'un gros vaisseau fœtal du placenta.

**BIÉLINKIN. — Contribution à l'étude de la syphilis post-conceptionnelle. 16 mai 1896.**

Travail fait avec des observations recueillies à la clinique d'accouchements de la Faculté, sous la direction de M. Bar. — L'auteur donne plusieurs observations de syphilis contractées au 5<sup>e</sup> 6<sup>e</sup> 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> mois de la grossesse et terminées par la naissance à terme d'enfants sains. Aussi rapprochant ces faits des observations déjà faites par plusieurs auteurs il donne cette conclusion que dans le cas de syphilis post-conceptionnelle survenant au delà du 5<sup>e</sup> mois l'enfant a beaucoup de chances de naître indemne.

Dans la pratique on peut être embarrassé pour savoir quelle conduite tenir vis-à-vis de ces enfants pour leur allaitement. L'enfant est né sain en apparence mais l'est-il réellement. On ne peut ni le confier à une nourrice saine, ni le laisser allaiter par sa mère qui est dangereuse pour lui. L'élevage à l'allaitement artificiel s'impose donc ici au moins pendant les trois premiers mois jusqu'à ce que des manifestations spécifiques aient eu le temps de se montrer, si l'enfant a été contaminé *in utero*.

**RIPAULT. — L'hérédosyphilis infantile, manifestations pharyngonasales et laryngées. 22 janvier 1896.**

Travail ne contenant aucune donnée nouvelle mais relatant plusieurs observations personnelles recueillies à la clinique des maladies de la gorge de l'hôpital Lariboisière. L'auteur étudie surtout le coryza syphilitique et les rhinites avec destruction habituelle des os que l'on observe chez les hérédosyphilitiques; il donne une observation de lésions pharyngées anciennes ayant amené un rétrécissement tel de l'œsophage à son extrémité supérieure qu'il fallut faire la gastrostomie.

**J. THOMAS DE LA PLESSE. — Étude sur quelques cas d'adénopathie trachéo-bronchique hérédosyphilitique. 21 juillet 1896.**

L'adénopathie trachéo-bronchique est une manifestation relativement rare de la syphilis héréditaire. L'auteur en rapporte un cas observé à l'hôpital Saint-Louis sur une enfant de 5 ans dont la mère est atteinte de syphilis tertiaire. L'enfant présentait divers signes d'hérédosyphilis; des taies cornéennes, un palais ogival, des déformations crâniennes; des troubles de l'ouïe; l'adénopathie trachéo-bronchique était fort accentuée. Elle disparut après deux mois de traitement. Il y joint quatre autres observations empruntées à Artigalas. Les signes cliniques sont ceux de l'adénopathie trachéo-bronchique ordinaire; la marche est lente; mais le pronostic reste bénin si l'affection est reconnue; le traitement la faisant rapidement disparaître.

**M<sup>lle</sup> TZEYTLIN. — Hépatite syphilitique héréditaire tardive. 24 juillet 1896.**

La base de cette étude est une observation recueillie sur une jeune fille de 17 ans et 3 mois. Augmentation du ventre depuis six à sept mois : père mort d'accidents cérébraux syphilitiques; la mère avant cette enfant a eu trois fausses couches et un enfant mort-né. La malade a toujours été débile;

elle est de petite taille mais ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire : en même temps que l'augmentation du ventre diminution de l'appétit. L'examen montre un foie fortement hypertrophié ; le bord inférieur est dur, irrégulier, avec une encoche considérable au niveau du ligament supérieur. La surface est irrégulière, mamelonnée, résistante ; le lobe droit est plus volumineux que le gauche. Rate volumineuse ; pas d'ascite, pas de dilatation des veines de la paroi abdominale ; constipation, pas d'ictère. Intégrité des autres organes. Pendant un mois et demi, injection quotidienne de 4 milligr. de biiodure de mercure, et 3 à 4 gr. d'iodure de potassium ; après trois semaines, amélioration marquée et quand la malade quitta l'hôpital le foie et la rate ne présentaient plus aucune hypertrophie peu étendue.

Quelques autres faits empruntés aux travaux publiés sur ce sujet connu complètent cette thèse. L'étude anatomique est faite d'après les travaux de Barthélemy, Lancereaux, Hudelo, etc.

**E. FORTIN. — Valeur diagnostique des malformations dentaires observées chez les hérédosyphilitiques. 22 juillet 1896.**

Paraphrase des leçons récemment publiées de M. le professeur Fournier sur ce sujet. Considérées dans leur ensemble, ces malformations ne sont nullement propres à l'hérédosyphilis ; elles sont seulement l'indice d'un trouble nutritif ou d'un arrêt de développement survenu pendant l'évolution dentaire, aussi les rencontre-t-on chez des individus nonhérédo-syphilitiques, (éclampsie infantile, scrofule, entérite chronique, etc.

L'érosion d'Hutchinson très rare en dehors de la syphilis a été cependant rencontrée chez des scrofuleux.

La présence de ces altérations constitue pour le sujet qui les porte une présomption de syphilis et doit éveiller l'attention dans ce sens.

**P. FONTAINE. — Coup d'œil sur l'histoire du traitement mercuriel de la syphilis. 20 mai 1896.**

Travail intéressant et d'une lecture agréable ; les indications bibliographiques manquent de précision ce qui serait indispensable dans une étude purement historique. Il fait voir comment l'esprit de système a nui à l'établissement et au perfectionnement du traitement mercuriel : d'abord en voyant dans la salivation l'exutoire du mal français et en conduisant de ce fait à des excès dont le présent garde encore rancune au passé ; puis en amenant la confusion des maladies vénériennes et par suite l'application erronée et abusive du traitement mercuriel à des maladies qui n'en étaient pas justiciables : enfin à la suite de Broussais, en réduisant à l'inflammation la cause des accidents syphilitiques et leur traitement aux antiphlogistiques.

Aujourd'hui l'expérience paraît suffisante et le traitement mercuriel, chaque jour perfectionné, fondé sur l'observation impartiale semble défier toute contradiction.

**A. LEPAITRE. — Les syphilis justiciables des traitements hypodermiques. 23 avril 1896.**

Travail consciencieux qui analyse et résume ce qui a été dit des injec-



tions mercurielles dans ces dernières années, notamment les discussions qui ont eu lieu cette année même à la Société française de dermatologie. La bibliographie paraît assez complète, mais de seconde main, et l'auteur s'est contenté des résumés publiés dans les journaux, sans recourir aux originaux.

L. ISSALY. — Contribution à l'étude de la syphilis dans les campagnes.  
18 décembre 1895.

L'auteur ayant exercé longtemps à la campagne avant de prendre son dernier grade a vu de près l'infiltration chaque année plus menaçante de la syphilis dans nos populations rurales où elle était autrefois chose presque inconnue. Le service militaire pour les garçons, l'appât, pour les filles, d'un gain meilleur à la ville où elles se placent comme servantes éloignent les jeunes gens de leurs foyers; un grand nombre pendant ces absences contractent la syphilis, puis la rapportent au pays, s'y marient et propagent la maladie. La syphilis à la campagne est mal traitée; le paysan n'en veut pas comprendre la gravité et consent au plus à traiter les manifestations apparentes; les filles ne se font traiter que quand il leur est impossible de faire autrement et que le mal a déjà fait de grands progrès. — Cette étude, on pourrait dire en même temps étude de mœurs, est fort intéressante dans sa brièveté et sept observations recueillies dans la pratique campagnarde de l'auteur y ajoutent une saveur particulière.

L. ANDRÉ. — Quelques considérations sur la prophylaxie de la syphilis extra-génitale. 18 mars 1896.

Le titre de cette thèse promet malheureusement plus qu'elle ne peut tenir; c'est bien plutôt une simple revue des divers modes de contagion extra-génitale, résumé facile des livres de Duncan Bulkley et de A. Fournier, qu'une étude de prophylaxie. Reconnaissons d'ailleurs, qu'en l'état actuel des lois, tous les moyens proposés ne peuvent sortir de la banalité; et les conclusions de la thèse ne peuvent être que connues; les précautions demandées, bain du rasoir dans l'eau bouillante, visites périodiques des verriers, antisepsie des instruments médicaux, mesures applicables aux nourrices et nourrissons, obligation de la vaccine animale, etc., sont choses réclamées de tous.

A. DEZANNEAU. — Du rhumatisme blennorrhagique et de son traitement. 4 juin 1896.

Le rhumatisme blennorrhagique étant le résultat de l'infection générale de l'organisme par les microbes de la blennorrhagie, le traitement prophylactique consiste dans le traitement de l'urétrite, surtout par les grands lavages au permanganate. Mais, une fois le rhumatisme déclaré, tout en continuant le traitement de l'urétrite il y a lieu de donner dans les cas aigus le salicylate de soude à l'intérieur. Localement dans l'arthrite suraiguë application de glace et de pommade salicylée, immobilisation, enveloppement ouaté, compression modérée, révulsion légère : dans l'arthrite



aiguë à son déclin ou dans l'arthrite suraiguë sans fièvre et dans la forme chronique, massage, électrisation, pointes de feu, bains très chauds térébenthinés locaux. L'immobilisation ne doit pas être trop longtemps prolongée. L'auteur on le voit se montre peu partisan de l'intervention chirurgicale, si préconisée dans ces derniers temps. Il la considère comme réservée aux arthrites purulentes et aux arthrites séreuses graves. En tout cas l'arthrotomie ne sera qu'une mesure palliative, car une opération ne peut remédier à une injection générale et l'arthrite même après guérison opératoire complète peut récidiver.

Dans l'immense majorité des cas, le rhumatisme blennorrhagique, s'il est bien et activement traité, doit guérir sans intervention chirurgicale et sans ankylose ; sur 108 malades observés, deux seulement ont dû subir une opération chirurgicale.

#### SÉE (MARCEL). — Le Gonocoque.

Ce remarquable travail dépasse en importance la valeur ordinaire des thèses de doctorat. C'est un véritable traité de plus de 350 pages (1), que M. Sée a consacré à l'agent pathogène de la blennorrhagie. Après Finger, après les monographies intéressantes de Guiard, de Verchère, de Souplet, etc., l'auteur étudiant le gonocoque surtout au point de vue biologique a trouvé moyen de faire œuvre très particulière et très utile. L'érudition déployée est considérable, le nombre des travaux, des observations et des expériences résumés ou analysés est énorme ; l'ensemble constitue un répertoire précieux où M. Sée peut être sûr qu'on viendra puiser sans vergogne.

Il est impossible de donner le résumé analytique d'un travail de ce genre, vaste recueil de faits : il s'en dégage toutefois des conclusions générales que l'auteur a présentées lui-même de la façon suivante :

1° *La blennorrhagie est une maladie infectieuse spécifique* ne naissant pas d'elle-même par inoculation de produits blennorrhagiques mais ses manifestations sont multiples, comme celles de la plupart des infections, et l'urétrite n'est que la plus fréquente.

Il existe des urétrites non blennorrhagiques distinctes d'ailleurs, même cliniquement, de la blennorrhagie urétrale.

2° La cause de la blennorrhagie est le gonocoque de Neisser, microbe pathogène bien défini par ses propriétés morphologiques et biologiques ainsi que par son action sur l'organisme humain.

Le gonocoque est nettement distinct des saprophytes de l'appareil génito-urinaire et peut être diagnostiqué. *On ne le trouve jamais comme hôte normal d'aucun organe.*

3° S'il est vrai que certaines manifestations blennorrhagiques soient d'ordre toxique ; si d'autre part les infections secondaires sont fréquentes dans la blennorrhagie ; il n'en est pas moins certain que la plupart des manifestations blennorrhagiques sont ou tout au moins peuvent être causées directement par la présence du gonocoque aux points malades.

(1) In-8°, Paris. — Alcan, éditeur.

Le gonocoque peut constamment être transporté par la voie sanguine, pour aller créer des foyers éloignés de son point d'entrée (arthrites, endocardites, etc.).

Il a fallu un certain temps pour que le gonocoque depuis le jour où Neisser le découvrit, en 1870, prit en pathologie la place qui lui est due ; nul ne saurait maintenant la lui contester, son domaine au contraire ne peut que grandir, et l'infection générale possible de tout l'organisme par la blennorrhagie, d'abord timidement supposée par la clinique, est devenue une réalité constatée microbiologiquement.

HENRI FEULARD.

## REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

### REVUE DE DERMATOLOGIE

**Angiomes multiples de la face.** — K. ULLMANN. Ueber einen Fall von multipler eruptiver Angiombildung im Gesichte. (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1896, t. XXXV, p. 195.)

Il s'agit d'une femme de 40 ans qui vint à la policlinique consulter le Dr H. v. Hebra pour la première fois au commencement de 1892 pour des nodosités noires, non douloureuses, qui s'étaient développées rapidement sur la joue.

Cette femme s'était toujours bien portée et ses parents jouissaient d'une bonne santé. Elle présentait à cette époque 4 à 5 petites tumeurs, demi-sphériques, noir bleuâtre, de la grosseur d'un grain de chenevis à celle d'un petit pois, situées sur la joue au-dessus de l'os malaire; en outre sur le front et à la limite entre la peau et la muqueuse de la lèvre supérieure se trouvait une nodosité de même nature mais plus petite.

On trouvait en outre, à la face, au cou et à la nuque plusieurs nævi du volume d'un pois à celui d'un haricot, de différentes formes, les uns verruqueux, les autres pigmentés et recouverts de poils. Rien d'anormal dans les autres organes. Dans le but d'établir d'une manière certaine le diagnostic on excisa une des plus grosses nodosités de la joue. Dans le cours des deux années suivantes il n'y eût pas de récurrence locale, par contre il est survenu durant ce laps de temps de nombreuses tumeurs tout à fait analogues à celles décrites ci-dessus. Sur la moitié gauche du visage qui avait été plus particulièrement atteinte, on comptait environ 50 de ces efflorescences dont la plus volumineuse, du volume d'un pois, avait son siège au milieu de la joue, les plus petites et les plus récentes apparaissaient comme de petits vaisseaux dilatés, rouge foncé ou rouge bleu.

Dans le même point il existait de nombreuses formes de moyenne grosseur et d'autres de transition relativement à leur aspect, leur grosseur, leur prééminence au-dessus de la peau, leur coloration et consistance.

Ces tumeurs étaient presque toutes rénitentes, absolument comme si on avait affaire à une bulle remplie par un liquide épais, difficile à comprimer.

En 1895 (12 février) on excisa une des grosses tumeurs sur le désir de la malade qui voulait être tout au moins débarrassée des efflorescences les plus volumineuses. Cette fois encore il n'y a pas eu de récurrence jusqu'à aujourd'hui.

Dans toutes les tumeurs excisées, l'examen histologique montra qu'il ne s'agissait ni de sarcome ni d'une autre néoplasie maligne. Il n'y avait donc aucune objection à faire au désir de la malade d'enlever une partie de ces tumeurs. Les plus grosses furent détruites avec le

Paquelin. Avec les petites nodosités comme avec celles de moyenne grosseur il apparaissait chaque fois une goutte de sang rouge foncé, cependant liquide. Si l'on interrompait l'opération ou si l'on incisait la paroi supérieure de ces nodosités, il s'écoulait alors lentement et goutte à goutte du sang veineux rouge foncé — toutefois beaucoup plus que la quantité correspondante au contenu de la tumeur — ce qui permit de conclure que les petites tumeurs étaient en effet en rapport avec le système vasculaire de la peau, mais que cette communication se faisait uniquement par les plus petites veinules, peut-être rétro-capillaires ou vaso vasorum des parois conjonctives et non par de gros vaisseaux, pas même par des artères précapillaires.

L'auteur décrit ensuite en détail le résultat de l'examen histologique. Les lésions étaient les mêmes dans les nodosités extirpées aux différentes époques, dans la première et la deuxième année de la maladie. Déjà à l'œil nu on pouvait constater que ces tumeurs étaient des angiomes caverneux.

Il est facile de voir d'après l'observation de la malade et le résultat de l'examen histologique qu'il s'agit dans ce cas de petites tumeurs vasculaires, multiples, de la peau, survenant par poussées et qu'on peut regarder comme bénignes non seulement qualitativement d'après la nature des cellules, mais encore quantitativement en ce qui concerne l'intensité de leur développement.

Tandis que des nævi simples (angiome simple) et des ectasies de vaisseaux superficiels de la peau rentrent, surtout chez les individus âgés notamment à la face, dans les phénomènes qu'on observe chaque jour, la présence des tumeurs décrites dans le cas actuel est par contre un fait relativement rare. Mais ce qui est tout à fait exceptionnel, si même on l'a déjà décrit, c'est l'apparition aiguë, sous forme d'éruption et l'arrêt dans le développement des nodosités isolées jusqu'à une certaine grosseur. Aucune de ces nodosités, même celles qui existaient depuis trois ans, n'atteignit le volume d'une petite noisette ; dans l'angiome simple ceci est fréquent tandis que c'est très rare dans les angiomes caverneux.

Quant au mode d'origine il est très difficile de savoir si dans ces cas il y a néoplasie primaire des vaisseaux (bourgeonnement de l'endothélium) ou bien ectasie primaire d'un vaisseau avec hyperplasie de la paroi (hypertrophie avec dilatation), premièrement parce que cette question de principes n'est pas encore tranchée pour tous les angiomes, deuxièmement parce que on n'est pas encore à même de démontrer ni macroscopiquement ni microscopiquement le rapport de ces tumeurs avec le réseau vasculaire normal de la peau.

A. DOYON.

**Chromidrose.** — SABRAZÈS et CABANNES. Étude critique sur la pathogénie de la chromidrose rouge. (*Presse médicale*, 11 juillet 1896, p. 329.)

A propos d'un cas de chromidrose rouge observé à plusieurs reprises chez un homme de 21 ans, tantôt sur le dos de la main droite, tantôt sur le genou gauche, à la suite d'exercices violents ayant provoqué une abon-

dante sudation générale, les auteurs étudient la pathogénie de la chromidrose. Se basant sur l'impossibilité de provoquer une coloration de la peau par l'inoculation de cultures du *microbacillus prodigiosus* et la rapidité d'apparition de la chromidrose qui n'est pas en rapport avec une germination parasitaire, ils rejettent l'hypothèse d'une origine microbienne. Ils pensent que le pigment excrété est une transformation de l'indican, lequel pourrait, par des diverses transformations, déterminer les diverses colorations de la chromidrose ; ils ont constaté, dans les urines de leur malade, la présence d'une grande quantité d'indican.

L'indican provenant d'une transformation de l'indol, que l'on rencontre particulièrement dans le tube digestif des sujets soumis à une alimentation carnée, l'usage des antiseptiques intestinaux pourrait être utile dans la chromidrose.

GEORGES THIBIERGE.

**Erysipèle gangréneux du pénis.** — S. RONA. Ein Fall von primären gangränösen Erysipel des Penis. Miterkrankung des Hodensakes und der Hoden. Consecutive Hodenatrophie? Oligospermie. (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1893, t. XXXV, p. 397.)

Ce cas concerne un cocher de 29 ans qui entra à l'hôpital le 25 décembre 1893. Jusqu'au 23 décembre sa santé était parfaite, il n'avait jamais été malade. Le 23, avant midi, frisson qui dura tout le jour ; la nuit sensation de forte chaleur. Le 24, au matin, il constata sur la surface inférieure du prépuce une tumeur du volume d'une noisette qui depuis lors a constamment augmenté. Le 25 se sentant gravement malade, il entre dans le service de l'auteur.

Sur les membres inférieurs il existe plusieurs petites excoriations allongées recouvertes de croûtes sanguines provenant du grattage. Sur le gland excoriations analogues. Le gland a sa coloration et sa consistance normales. Toute la face inférieure du prépuce est rouge foncé, molle, oedémateuse et au sommet de la tumeur on voit le foyer de la grosseur d'un grain de mil, gris noir. La moitié supérieure du prépuce d'aspect et de consistance presque normale est facilement mobile en avant et en arrière. La surface inférieure du pénis est rouge rose, légèrement oedématiée, très sensible au toucher. Engorgement des ganglions inguinaux. État général très mauvais, rate hypertrophiée.

Le 26, la tuméfaction envahit toute la peau du pénis et le scrotum. Le prépuce est extraordinairement tuméfié, très sensible. En même temps la face inférieure du prépuce est transformée *in toto* en un tissu nécrosé, jaune blanchâtre, nettement limité ; érysipèle gangréneux du pénis et du scrotum.

Le 27, la tuméfaction du pénis et du scrotum a considérablement augmenté, elle s'étend sur le périnée jusqu'à l'anus ; sur la face dorsale du pénis ainsi que sur le raphé scrotal petits points noir bleuâtre. Dans la région inguinale de chaque côté, ainsi que sur le pubis, trainées et plaques érysipélateuses. Ganglions inguinaux tuméfiés. Comme traitement, incisions profondes sur le pénis et le scrotum, pansement au sublimé.

Le 29, l'érysipèle a gagné l'abdomen, les cuisses et la fesse droite ;

toutes les nodosités gangréneuses sont nettement délimitées, la tumeur scrotale a le volume de deux poings. Les symptômes diminuèrent ensuite graduellement et la guérison se produisit en laissant plusieurs cicatrices plus ou moins larges au prépuce, au scrotum et au raphé. A. Dovo.

**Érythèmes polymorphes.** — E. v. DÜRING. Beitrag zur Lehre von den polymorphen Erythemen. (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1896, t. XXXV, p. 211 et 323.)

La classe des érythèmes en dermatologie n'est sous aucun rapport nettement circonscrite; chaque auteur a rangé parmi les érythèmes, en se plaçant à son point de vue, un groupe plus ou moins considérable d'affections.

Dans une des sous-divisions des érythèmes — groupe des érythèmes polymorphes, — la confusion est extrême.

Dans ce groupe sont réunies les affections les plus dissemblables, liées seulement par certaines analogies externes et parfois cliniques, affections qui, étiologiques au triple point de vue pathologique et physiologique, présentent les différences les plus grandes et les plus radicales.

Si on veut essayer de mettre de l'ordre dans ce groupe, il faut se rallier complètement à l'avis de Besnier : « C'est, dit-il, une étude à refaire, non pas selon les errements anciens, en poursuivant la recherche d'un caractère pathognomonique, attaché à l'un ou à l'autre de leurs éléments morbides, — causes, lésions, symptômes, marche, durée, terminaison, etc., — mais en individualisant les espèces nouvelles, par l'ensemble coordonné et complet de tous ces éléments, après avoir soumis chacun d'eux à une revision approfondie » (*Annales de dermatologie*, 1890, p. 1).

Mais si on réussit en répondant strictement à ces desiderata à tirer du chaos des érythèmes polymorphes, — (de ce syndrome d'affections, qui anatomiquement (— jusqu'à présent —) et dans la forme de leurs lésions ont entre elles une certaine ressemblance, mais peuvent être très différentes au point de vue étiologique et dans leur évolution clinique, dans leur bénignité, malignité, complications) — provisoirement une entité morbide, une seule maladie, on aura ouvert ainsi la voie à un progrès ultérieur.

Ce qu'on décrit actuellement comme érythème polymorphe, même dans le traité de Kaposi, diffère absolument de ce que Hebra désignait autrefois sous le nom d'érythème exsudatif multiforme. Des points très essentiels ne sont pas identiques dans les deux descriptions.

Selon l'auteur, nous devons séparer, les formes idiopathiques simples ou primitives des érythèmes papuleux ou nodulaires, de l'érythème iris ou de quelques érythèmes qui ultérieurement deviennent bulleux, de toute une série d'érythèmes qui présentent avec ceux-là de nombreuses analogies dans leur mode de développement et dans leur processus, mais ne sont aucunement identiques avec eux. Les affections qui appartiennent au premier groupe ont, comme Besnier le soutient, quelque chose de si spécial dans tous les facteurs dont il faut tenir compte pour la maladie : cause, lésions, symptômes, marche, durée, décours, etc., que, il faut abso-



lument les séparer de ceux appartenant au deuxième groupe, quoique ils n'aient que quelques ressemblances avec les érythèmes polymorphes.

D'après les observations recueillies par l'auteur il y a une maladie infectieuse, aiguë, exanthématique, tout à fait spéciale à laquelle s'applique dans les points essentiels la description que Hebra a donnée pour l'érythème exsudatif multiforme.

D'après les renseignements fournis par Rigler (1852), cet érythème serait endémique dans les provinces de la Turquie d'Europe.

L'auteur en a observé 17 cas dans sa pratique privée et à la policlinique, dans l'espace de cinq ans, et 105 à la clinique, de septembre 1894 à janvier 1896. L'érythème s'est produit à proportion égale chaque année aux mêmes mois du printemps et de l'automne.

Après une période indéterminée d'incubation, une fois la maladie nettement déclarée, on voit survenir d'ordinaire l'exanthème au deuxième ou au troisième jour. Les efflorescences apparaissent, en tenant compte de la fréquence : sur la face dorsale des mains, le visage (principalement le front), la région sternoclaviculaire, la nuque, le cou (parties latérales), les genoux, les jambes, le dos des pieds, très rarement sur le thorax. Dans la plupart des cas les conjonctives sont envahies, ainsi que les muqueuses de la région faciale. Ces efflorescences présentent les unes par rapport aux autres une grande polymorphie soit en ce qui concerne la forme et la coloration soit au point de vue de leur évolution. Les variétés principales les plus fréquentes sont les formes papuleuses et vésiculeuses. Il se produit en général en petit nombre des élevures arrondies, superficielles, ayant par exemple sur la face dorsale des mains de 0.3 à 1 centim. de diamètre, tantôt rouge vif, tantôt un peu livides, tantôt brun rouge principalement chez les personnes dont la peau a une teinte foncée. Dans l'espace de vingt-quatre heures ces papules superficielles s'étendent à la périphérie ; en même temps leur centre s'aplatit légèrement et prend une coloration cyanosée à peine marquée au début.

Les deux ou trois jours suivants l'extension périphérique persiste et la partie centrale, maintenant cyanosée en grande partie, déprimée à peu près au niveau normal de la peau, constitue la partie de beaucoup la plus considérable de la lésion, elle est entourée d'un liseré rouge ; parfois ces lésions se rencontrent et le bord rouge disparaît au point où deux cercles sont en contact. La limite de ces cercles est en général régulièrement ovale, arrondie, cependant ils ont parfois des formes légèrement irrégulières. Dans les phases de développement décrites ci dessus on retrouve des variétés de l'érythème papuleux, marginé, gyroïde. Parfois mais rarement, il survient dans les premiers jours au centre coloré en bleu une nouvelle papule avec la même évolution. On a alors affaire aux formes de l'érythème iris. Dans d'autres cas il se produit, surtout sur le front, des lésions qu'on a désignées sous le nom d'herpès.

Toutes les variétés peuvent s'observer sur le même individu, il en résulte une très grande multiplicité de couleurs.

Cette multiplicité sera encore plus prononcée quand, après le décours du premier exanthème, il survient une nouvelle poussée. Il se produit sans doute pendant la première éruption des poussées de ce genre, mais

elles sont, selon l'auteur, en somme rares, d'où résulte une différence par rapport à l'érythème noueux dans lequel les éruptions se succèdent dans les premiers jours. Par contre les poussées avec le décours de la première éruption ne sont pas trop rares ; on en a même constaté de 3 et 4.

Au bout de onze à douze jours, l'éruption est terminée. Le bord rouge saillant, vésiculeux, disparaît. La partie de la peau atteinte par l'éruption revient à son niveau normal. Des lésions sont encore très visibles, parfois pendant plusieurs semaines ; la pigmentation persiste souvent très longtemps.

L'auteur décrit ensuite très en détail les particularités de l'exanthème suivant chaque région, l'état des muqueuses, notamment de la bouche et du pharynx, les différentes altérations dont elles peuvent être le siège. La conjonctivite exanthématique est aussi un symptôme très important et constant de l'érythème exsudatif multiforme de Hebra, on pourrait très bien la désigner sous le nom de conjonctivite papulo-vésiculeuse.

V. Düring passe ensuite à la symptomatologie de l'érythème exsudatif multiforme de Hebra pour montrer qu'il s'agit bien d'une maladie infectieuse aiguë exanthématique.

Dans les cas où existait l'exanthème décrit ci-dessus on trouvait en outre tous les autres symptômes d'une maladie infectieuse, on pouvait observer un décours cyclique de cette maladie, incubation, invasion, éruption et dans un temps déterminé la terminaison de l'exanthème ainsi que les phénomènes généraux objectifs et subjectifs d'une infection.

L'auteur décrit ensuite les différentes phases de la maladie.

D'après les observations de l'auteur, celles de Rigler, Gaal, etc., il survient en Turquie une maladie sous forme épidémique qui se traduit par les symptômes suivants : invasion, avec exanthème, fièvre et phénomènes subjectifs, éruption avec exanthème, fièvre typique, symptômes subjectifs et cycliques, décours typique, comme une maladie infectieuse exanthématique et dont l'exanthème concorde essentiellement avec la maladie décrite par Hebra sous le nom d'érythème exsudatif multiforme.

L'auteur croit avoir prouvé suffisamment qu'il ne s'agit pas d'érythème secondaire. La maladie est en quelque sorte endémique et devient de temps en temps d'une fréquence épidémique. Toutes les observations faites à ce sujet depuis plus d'un demi-siècle en sont une preuve évidente.

En résumé, selon V. Düring, l'érythème exsudatif est une maladie infectieuse, aiguë, exanthématique, vraisemblablement non contagieuse, peut-être miasmatique, qui atteint de préférence les sujets jeunes, apparaît partout d'une manière sporadique, dans quelques pays est endémique et devient épidémique à certaines époques de l'année, printemps et automne.

L'accumulation de la population paraît favoriser considérablement, à l'âge prédisposé, le développement des substances miasmatiques infectieuses.

Suivant l'opinion de Besnier, il s'agit dans l'érythème exsudatif multiforme de Hebra d'une maladie bien caractérisée dans ses causes, ses lésions, ses symptômes, son cours, sa durée et son issue.

L'auteur entre ensuite dans une étude approfondie de l'érythème

nouveux. Il s'agit de savoir si cet érythème n'est qu'une des formes symptomatiques des nombreux érythèmes polymorphes si différents dans leur cause, leur évolution, leur aspect clinique etc.; si des causes diverses peuvent provoquer chez des individus prédisposés dans un cas un érythème nodulaire, dans un autre, un érythème scarlatiniforme, dans un troisième, un érythème tout à fait polymorphe; ou encore si l'on peut distraire des nombreux érythèmes polymorphes une entité morbide, l'érythème nouveau, caractérisé par une étiologie déterminée, la localisation, les lésions, la marche, les symptômes et les complications.

Dans ce cas il resterait après l'élimination de deux maladies infectieuses exanthématiques aiguës, c'est-à-dire l'érythème exsudatif multiforme et l'érythème nouveau, parmi les érythèmes polymorphes tous les érythèmes qui dérivent des causes les plus différentes, tout à fait distincts, quand à la marche et à l'aspect clinique, qui n'ont que certaines analogies dans leurs lésions, tantôt avec l'érythème exsudatif multiforme de Hebra, tantôt avec l'érythème nouveau, dont le groupement présente encore de grandes difficultés.

L'auteur est d'avis qu'il y a une maladie *sui generis* l'érythème nouveau, maladie exanthématique infectieuse, aiguë, vraisemblablement contagieuse.

Après avoir séparé des érythèmes reconnus comme maladies *sui generis*, l'érythème exsudatif multiforme et l'érythème nouveau, l'auteur étudie les érythèmes polymorphes en ce qui concerne leur anatomie pathologique et leur physiologie.

En éliminant, de la classe des érythèmes polymorphes, deux groupes de maladies caractérisés comme individualités morbides indépendantes, comme infections générales, avec affections symptomatiques de la peau, il en résulte un grand progrès pour la clinique.

Ce qui reste aux érythèmes polymorphes, c'est toujours provisoirement un groupe d'affections qui se soustraient à toute classification précise: d'une part, elles se ressemblent dans leurs symptômes cliniques, qui, malgré de nombreuses différences, ont beaucoup de points communs, de l'autre, sous le rapport étiologique et de leur mode physiologique de développement elles sont absolument hétérogènes.

Parmi les érythèmes polymorphes que l'auteur a eu l'occasion d'observer (il en rapporte 15 cas), il n'en cite que trois très récents parce qu'ils montrent d'une façon très claire la possibilité d'une confusion avec l'érythème exsudatif multiforme et d'autre part aussi la grande diversité clinique de ces formes multiples.

V. Düring termine son important mémoire par les considérations suivantes:

Dans le groupe « érythème polymorphe » pris dans le sens le plus large, ainsi que Besnier l'entend, sont comprises certainement trois espèces de groupes dont la différence est absolue, nous laissons de côté les sous-divisions éventuellement possibles.

Il faut distinguer:

I. — Des maladies infectieuses générales avec lésion symptomatique de la peau.

a). L'érythème exsudatif multiforme de Hebra, tel qu'il a été compris et décrit dans ce travail.

b). L'érythème noueux tel qu'il a été décrit par l'auteur.

Il ne peut pas plus être question d'une prédisposition individuelle pour ces maladies que pour la scarlatine, la rougeole, la variole, la fièvre intermittente etc.

II. — Angionévroses (érythanthèmes, Auspitz. Unna) A cette classe appartient une nombreuse série d'affections urticariennes ou maculopapuleuses qui ressemblent aux maladies infectieuses ci-dessus (particulièrement à l'érythème exsudatif multiforme de Hebra).

Avec ce groupe surgit la question de la prédisposition individuelle. Pour un très grand nombre d'affections érythémateuses ressortissant ici, par exemple pour les érythèmes toxiques provoqués par l'usage d'aliments déterminés, par certains médicaments, il faut admettre une prédisposition individuelle; ce sont les érythanthèmes idiopathiques d'Unna.

Pour d'autres érythèmes secondaires de nature toxique (par ex. l'érythème du choléra, du typhus) l'hypothèse d'une prédisposition individuelle n'est pas nécessaire. Mais peut-être ces érythèmes ne rentrent-ils nullement dans les angionévroses, et doit-on les comprendre dans le groupe III, à savoir :

III. — Les éruptions érythémateuses provoquées par embolie.

A cette classe appartiennent sûrement un très grand nombre des érythèmes polymorphes dits malins, des métastases secondaires de la peau qui le plus souvent surviennent dans les processus septiques.

A. DOTON.

**Erythrasma.** — A. REALE. Un caso non frequente di localizzazione dell'Erythrasma con risultato culturale positivo. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1896, fasc. 2, p. 146.)

Homme de 48 ans, atteint d'érythrasma typique des régions inguino-scrotales et des aisselles. Dans les plis des coudes (localisation que les auteurs considèrent comme possible, mais dont il n'a pas été publié d'observation), taches ellipsoïdes, à grand axe vertical, la gauche de la largeur d'une pièce de 5 francs en argent, la droite un peu plus large, coupées en deux par le pli articulaire.

Les différentes taches ont fourni à l'examen microscopique et à la culture un parasite ayant tous les caractères du microsporon minutissimum (variété b de Ducrey et Reale).

Reale pense que la profession du malade (boulangier), en l'exposant à l'action d'une température élevée, a facilité la localisation aux coudes.

GEORGES THIBERGE.

**Trichophyton.** — R. KRÖSING. Weitere Studien über Trichophyton Pilze. (*Archiv f. Dermat. u. Syphilis*, 1896, t. XXXV, p. 67 et 163.)

Voici les conclusions des dernières recherches de l'auteur :

1° La division de Sabouraud des champignons trichophytiques à grosses

et à petites spores (mégalosporon et microsporon) ne lui paraît pas justifiée. La grosseur des spores varie à l'infini dans le même champignon et dans la même culture. Par suite disparaît en même temps la distinction, basée sur la grosseur des spores des champignons, des trichophyties humaines d'après leur localisation (trichophyton du cuir chevelu, de la barbe, de la peau glabre).

2° Comme terme de comparaison on ne peut utiliser que des cultures nées d'une spore, c'est-à-dire d'un mycélium.

Ce ne sont que ces cultures qu'on peut regarder comme des cultures pures au sens bactériologique.

3° On réussit à obtenir des mycéliums isolés en agitant d'une manière énergique et prolongée des particules de culture dans de l'eau stérilisée. La trituration de poils, de squames, de croûtes, de pus, etc. avec de l'acide silicique d'après Král, ne saurait être appliquée dans beaucoup de cas, très souvent on ne réussit pas à répartir les mycéliums aériens dans l'eau éventuellement additionnée d'alcool.

4° Une affection ne produit qu'un seul champignon, celui qui en est la cause.

5° Il est impossible de distinguer les champignons trichophytiques par l'examen microscopique des cultures (Furthmann et Neebe) en raison de la multiplicité des organes de génération et de fructification dans une seule et même culture et par suite de l'inconstance de ces organes aux différentes périodes ou dans la répétition des cultures.

6° Par contre la comparaison macroscopique de cultures développées dans des conditions aussi semblables que possible lui paraissent propres à permettre cette différenciation.

7° Comme conditions identiques il faut entendre surtout : l'identité du terrain de culture, celle de la température, celle de l'âge, de l'humidité, de l'air ambiant.

8° La différence d'un de ses facteurs change l'aspect de la culture et empêche toute comparaison.

Tous les terrains usuels, artificiels de culture suffisent au trichophyton et aussi à la séparation des groupes *a* et *b* de *c* mais non entre *a* et *b*.

9° La culture sur pommes de terre est la plus caractéristique et par suite la plus appropriée pour permettre des comparaisons, et on peut regarder comme terrains de culture identiques pour le but actuel des pommes de terre saines de la même récolte.

10° D'après les cultures sur pommes de terre on peut diviser les champignons examinés en trois groupes :

a) En champignons avec dépôt sec, pulvérulent et coloration brune des pommes de terre sur le bord de la culture.

b) En champignons semblables sans altération de la couleur des pommes de terre.

c) Avec dépôt blanc, semblable à la laine et à l'ouate sans modification de la couleur des pommes de terre.

11° Le même champignon peut occasionner des affections profondes et superficielles (sycosis et trichophytie circinée).

12° Il y a des suppurations occasionnées seulement par le trichophyton.

13° Jusqu'à présent il est impossible de déduire d'après l'aspect clinique d'une trichophytie quel est le champignon qui l'a provoquée.

14° La diversité dans le terrain de culture ainsi que dans l'ancienneté des autres cultures du même champignon utilisées pour la culture sur pommes de terre était dans les champignons examinés par l'auteur sans importance pour le nouvel aspect de la culture sur pommes de terre.

15° Les champignons examinés par Krösing se développaient aussi bien sur des terrains de culture rendus très acides que sur d'autres fortement alcalinisés, aussi bien avec désoxygénation qu'avec oxygénation et ne modifiaient pas la réaction des terrains de culture.

16° Chez onze cobayes inoculés dans l'épiderme avec des champignons de différente provenance il ne se développa chez aucun d'eux le tableau clinique du sycosis; l'introduction sous-cutanée des champignons déterminait par contre dans onze cas sans exception la formation de nodosités; le développement ultérieur ne correspondait cependant pas au tableau clinique du sycosis humain.

A. DORON.

**Trichophytose.** — L. WÆLSCH. Beiträge zur Anatomie der Trichophytosis. (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1896, t. XXXV, p. 23.)

L'auteur a fait des recherches sur des fragments de peau excisés dans trois cas d'herpès tonsurant vésiculeux, dont un cas de trichophytie du cuir chevelu et dans trois cas de sycosis parasitaire.

En ce qui concerne l'herpès tonsurant vésiculeux les résultats qu'il a obtenus concordent sous tous les rapports avec ceux indiqués par Scharff.

Le trichophyton tonsurant pénètre l'écorce du poil à différentes distances en montant et en descendant, mais épargne les bulbes. Il se forme en outre de fins réseaux constitués par des filaments ramifiés et non ramifiés tout autour du poil. Le trichophyton se développe également dans les couches cornées inférieures ainsi que dans les cellules en voie de kératinisation du follicule pileux.

Le développement du champignon dans la peau détermine une inflammation caractérisée par de l'exsudation à la surface, des processus de prolifération sur les couches épithéliales ainsi que des maladies des follicules et de leurs annexes. La maladie du follicule se présente sous forme de périfolliculite et de folliculite avec destruction éventuelle du follicule.

La gravité par rapport à la profondeur de l'inflammation paraît dépendre de la structure anatomique de la partie de peau atteinte. Elle devra naturellement être plus faible sur la peau recouverte de poils follets à petits follicules superficiels qu'à la barbe. Ce fait est prouvé par l'examen de l'herpès tonsurant vésiculeux qui était survenu en même temps que du sycosis parasitaire de la barbe chez le même individu, ou dans un cas récemment observé chez un garçon où on pouvait constater à côté d'un foyer typique circonscrit de la joue, des infiltrats nodulaires durs sur les sourcils du même côté: l'affection s'étendait de là vers les tempes et la paupière inférieure sous forme vésiculo-circinée.

Sur ce point l'auteur est tout à fait d'accord avec Lewin qui insiste sur



ce point, qu'au menton et aux joues notamment, les poils sont implantés dans un tissu conjonctif sous cutané peu dense, renfermant une grande quantité de vaisseaux qui entourent les poils et les glandes sébacées. Par là s'explique l'apparition des gros infiltrats inflammatoires à marche profonde. Par contre le tissu sous-cutané résistant du cuir chevelu n'offre pas en général un terrain favorable pour l'inflammation à marche profonde.

Waelsch signale encore une deuxième condition pour expliquer l'apparition de l'inflammation à divers degrés.

Le tégument externe de différents individus ne paraît pas être au même degré favorable à la végétation parasitaire, à l'infection. Ce n'est qu'ainsi qu'on peut expliquer que des inoculations avec une seule et même culture de trichophyton, pratiquées sur différents individus, dans des conditions d'ailleurs semblables, les unes réussissent les autres échouent. C'est ainsi seulement que se comprendrait l'apparition sur la partie velue du visage, de cercles d'herpès tonsurant, superficiels, typiques, sans infiltration particulièrement forte.

Il peut notamment se faire que le trichophyton ait une virulence d'intensité variable, attendu que des champignons provenant de l'animal pourraient provoquer dans la plupart des cas des formes profondes et graves, de l'homme à l'homme des formes légères, superficielles.

Ainsi Lesser fait remarquer que, à Berne, il a très souvent vu la transmission du trichophyton des bêtes à corne aux hommes et l'aspect habituel serait celui du kérion de Celse.

L'auteur ne pourrait pas même avec le nombre considérable de cas de sycosis parasitaire qu'il a observés l'année dernière établir par l'anamnèse avec une grande probabilité la contagion provoquée par des bestiaux malades.

Il voudrait également ici dire quelques mots sur un autre point. C'est la différence signalée par Unna et récemment encore par Neisser dans la distribution géographique des diverses formes de l'herpès tonsurant; mais elle paraît être sans importance, attendu qu'à Prague on observe toutes les variétés à côté les unes des autres et conjointement.

La présence seule d'hyphomycètes suffit pour provoquer sur la peau des phénomènes inflammatoires graves. Selon l'auteur rien n'autorise à rapporter à une infection mixte par des staphylocoques la cause de cette grave inflammation, puisque Waelsch ne pouvait absolument constater leur présence en très petit nombre que dans les parties les plus supérieures des petites folliculites de l'herpès tonsurant, mais on ne les rencontre jamais dans la profondeur des follicules, et surtout dans les infiltrats considérables du sycosis parasitaire. Il s'agirait bien plutôt de cocci qui n'auraient émigré que secondairement dans les points où on les trouve.

Si les staphylocoques ne prenaient le rôle d'un agent morbide spécial que lorsque le parasite leur a frayé la voie, on pourrait constater leur présence seule ou du moins en plus grand nombre, (par leur prolifération abondante ils font très rapidement disparaître les hyphomycètes dans la culture infectée par eux) à côté du parasite dans les infiltrats profonds.

Au point de vue anatomo-pathologique tous les processus morbides décrits sont de même nature, mais graduellement différents, ils ne varient



que par suite des différences de structure anatomique normale des régions atteintes de la peau, par leur réceptivité différente pour l'infection et par le degré de virulence très variable du champignon.

Cliniquement au contraire, comme Pick la fait remarquer dans son rapport au congrès dermatologique de Breslau, il existe entre les diverses formes du trichophyton de trop grandes différences, pour qu'on puisse les concevoir toutes comme une unité clinique.

La clinique ne pourra jamais renoncer à les regarder comme des maladies très analogues, mais toutefois spéciales.

Les causes de ces différences peuvent au besoin provenir de dispositions individuelles, habituelles, constitutionnelles du malade, elles tiennent en partie aux conditions anatomo-physiologiques variables suivant la région sur laquelle elles sont localisées, — mais on peut aussi les expliquer par la variété des parasites.

Qu'ont donné les nouvelles recherches relativement à ce dernier point ? L'auteur n'en dit ici qu'un mot car il y reviendra dans un travail ultérieur.

Il se bornera par anticipation à tenir le même langage que Pick, « il faut n'admettre qu'avec une grande réserve les résultats des auteurs qui ont trouvé chez l'homme les différentes variétés de trichophyton. On n'a pas prouvé par là la multiplicité des champignons trichophytiques montrant un champignon rose et des cultures noires ; il en est de même des autres propriétés des champignons qui peuvent se produire sur telle ou telle peau animale, et que l'on trouve sur le parasite avec la transmission spontanée à l'homme ».

Admettons que les résultats de l'examen mycologique soient sujets à contestation, il faut toutefois s'occuper du rapport qui existe entre les différentes variétés de trichophyton admises par les divers auteurs et les complexus symptomatiques cliniques que ces variétés provoquent.

D'après Sabouraud le trichophyton à petites spores détermine la trichophytie du cuir chevelu des enfants ; mais la même maladie provoque aussi la variété à grosses spores dans 30 p. 100 des cas, elle produit en outre le sycosis parasitaire et l'herpès tonsurant circiné. Dans un autre travail dans lequel cet auteur décrit 19 variétés de trichophyton, il croit pouvoir être à même, dans bon nombre de cas, de déterminer d'avance la nature de l'agent morbide d'après le tableau clinique.

Krösing distingue suivant la forme de croissance du trichophyton sur pommes de terre trois espèces, mais il insiste sur ce point que des affections profondes et superficielles peuvent être occasionnées par le même champignon, et qu'on ne pourrait pas d'après le tableau clinique en déduire le champignon qui constitue le fond de la maladie.

Des tableaux morbides semblables peuvent être provoqués par divers champignons, et des complexus symptomatiques différents par le même parasite, il est donc impossible actuellement d'expliquer la variété des formes cliniques de la trichophytose au point de vue étiologique. Il ne reste par conséquent provisoirement qu'à étudier plus longuement ce que nous avons résumé ci-dessus.

A. Doyon.

Le Gérant : G. MASSON.

IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE

